



**UNIVERSIDADE DO MINHO  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO  
ANO LETIVO 2015/2016 – 4º ANO**

**Autor: Stefan Brito, N.º 2452**

**Mindelo, 2016**

**STEFAN MANUEL ALMEIDA DE BRITO**

**COMPLICAÇÕES DO ALCOOLISMO NA FAMÍLIA:  
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

**Eu, Stefan Brito, atesto a originalidade do trabalho**

---

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Orientadora: Mestre Denise Oliveira Centeio



## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho principalmente ao meu filho Luan Brito, por ser a pessoa mais especial da minha vida, à minha mãe e à minha mulher, pelo amor, incentivo, apoio e cooperação em todos os momentos.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus e aos meus familiares por todo apoio, carinho, confiança, dedicação, gentileza e paciência, nomeadamente à minha mãe, à minha mulher, ao meu pai, e aos meus irmãos, por acreditarem em mim durante todos os momentos, em especial naqueles em que mais fraquejei.

À minha Orientadora, Denise Centeio, pela dedicação, disponibilidade, paciência e principalmente pelo exemplo de inteligência, capacidade e competência aliada a uma enorme simplicidade e esforço. À ela a minha eterna gratidão e admiração.

À família que aceitou participar neste estudo, pela contribuição e disposição, um muito obrigado.

À todos os amigos e parentes que torceram por mim ao longo dessa jornada e da minha vida.

À todos os colegas, sobretudo a Carmizé Correia, Cláudia Fortes, Suely Nascimento e Romydilson Ferreira, por me acompanharem nesta trajetória do início até ao fim.

À todos os docentes que me acompanharam neste percurso da minha licenciatura, que me ajudaram no processo de construção da minha pessoa, a nível profissional, pelo apoio e incentivo.

À todas as enfermeira e enfermeiros que partilharam comigo os seus conhecimentos ao longo destes anos durante os ensinamentos clínicos.

*Um muito obrigado à todos!*

*“Beber inicia num ato de liberdade, Caminha para o hábito e, Finalmente afunda na necessidade.”*

**Benjamin Rush**

## ÍNDICE GERAL

RESUMO .....	10
ABSTRACT.....	11
INTRODUÇÃO .....	133
Problemática .....	14
justificativa .....	16
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	17
1. Alcoolismo.....	18
1.1- Aspetos Gerais do Alcoolismo .....	18
1.2- Uso Agudo e Crónico de Álcool: Sinais e Sintomas .....	20
1.2.1- Síndrome de Dependência Alcoólica .....	21
1.2.2-Síndrome de Abstinência Alcoólica .....	22
1.3- Problemas Ligados ao Álcool.....	23
1.3.1- Complicações de Ordem Individual.....	24
1.3.2-Complicações de Ordem Familiar.....	25
1.4- Estigma ao Doente Alcoólico .....	26
1.5- Família: Elemento Indispensável ao Tratamento .....	27
1.6- O Cuidar e a Enfermagem.....	28
1.6.1-Atitudes dos Enfermeiros na Asssitência ao Doente Alcoólico .....	30
1.6.2-Intervenções de Enfermagem Face às Complicações do Alcoolismo na Família .....	30
1.6.3-Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem.....	32
1.6.4- Intervenções de Enfermagem na Prevenção do Alcoolismo .....	33
1.7- Reinserção Social .....	35
CAPÍTULO II – FASE METODOLÓGICA .....	37
2. Fundamentação Metodológica .....	38
2.1-Tipo de Estudo.....	38
2.2 -Participantes .....	39
2.3 – Instrumentos de Recolha de Dados .....	39
2.3.1-Entrevista Semi Estruturada .....	39
2.3.2-Observação Não Estruturada .....	40
2.3.3 - Questionários .....	40

2.4- Campo Empírico .....	42
2.4.1 – Descrição da Zona de Residência .....	42
2.4.2 – Descrição do Domicílio da Família .....	43
2.5- Procedimentos Metodológicos .....	44
CAPÍTULO III – FASE EMPÍRICA.....	46
3.1- Apresentação e Interpretação dos Dados.....	47
3.2-Diagnóstica NANDA e Intervenções de NIC para o Caso Estudo.....	57
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DE DADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	69
4.1- Discussão de Dados .....	70
4.2- CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	73
4.3- Recomendações .....	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	77
APÊNDICES .....	85
Apêndice i - Guião de Entrevista - para o Alcoólico .....	86
Apêndice ii - Guião de Entrevista - para os Familiares do Alcoólico .....	88
Apêndice iii - Termo de Consentimento Informado .....	89
ANEXOS .....	90
Anexo i – Questionário de Hábitos de Bebidas .....	91
Anexo ii – Escala University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire (URICA).....	97
Anexo iii – Inventário Sobre as Consequências do Uso de Álcool (DRINC-2L) .....	103
Anexo iv – The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT).....	105
Anexo v – Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) .....	106
Anexo vi - Short-Form Alcohol Dependence Data (SADD)- .....	107



## **INDÍCE DE FIGURAS**

Figura 1. Genograma antes do diagnóstico: .....	51
Figura 2. Genograma depois do diagnóstico .....	52
Figura 3. Ecomapa antes do diagnóstico .....	53
Figura 4. Ecomapa do Sr. P depois do diagnóstico de alcoolismo .....	54

## **INDÍCE DE QUADROS**

Quadro 1. Diagnósticos comuns aos doentes alcoólicos .....	32
Quadro 2. Quadro de diagnósticos NANDA .....	58

## RESUMO

Desde há muito, o alcoolismo tem sido um tema em voga. No entanto, não deixa de ser um tema atual, objeto de preocupação e discussão de profissionais de diversas áreas do saber. Não obstante as respostas e os contributos que os profissionais trazem à mesa e que muito contribuem para a compreensão do fenómeno “alcoolismo” enquanto problema de Saúde Pública, sabe-se bem que um pouco por todo lado, e Cabo Verde não foge a regra, tem havido um aumento do consumo de álcool e os efeitos nefastos que este acarreta são cada vez mais frequentes e assustadores. Essa problemática é, na sua maioria, abordada sob o ponto de vista do alcoólico, e muito pouco abordada sob a perspetiva da família que tem no seu seio um elemento identificado como alcoólico. Assim com o objetivo de identificar as intervenções de Enfermagem perante as complicações do alcoolismo na família, foi realizado um estudo de caso abordado de forma qualitativa com uma família que tem no seu seio um elemento identificado alcoólico. Os dados foram recolhidos através da observação não estruturada, entrevistas semiestruturadas e questionários. Os resultados demonstram que as complicações do alcoolismo na família giram em torno de perturbações na harmonia e no equilíbrio familiar, violência verbal, problemas financeiros, conflitos interpessoais e sofrimento. Tais complicações demandam intervenção de uma equipa multidisciplinar onde a enfermagem tem um papel proactivo no ensino: processo de doença, no aumento da disponibilidade de aprendizagem, na redução da ansiedade, aumento do sistema de apoio e da autoestima, assistência de autocuidado, motivação do comportamento, facilitação de auto responsabilidade, apoio a tomada de decisão, promoção do envolvimento familiar, suporte a família, apoio ao cuidador, entre outras. As intervenções de enfermagem versadas neste trabalho figuram como ferramentas necessárias no cuidado ao alcoólico e sua família com vista a melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

**Palavras-chave:** Alcoolismo, Enfermagem e Família.

## **ABSTRACT**

Long, alcoholism has been a theme in vogue. However, it is still a current issue, a matter of concern and discussion of professionals from various fields of knowledge. Notwithstanding the responses and contributions that professionals bring to the table and greatly contribute to the understanding of the phenomenon "alcoholism" as a public health problem, it is well known that a little all over the place, and Cape Verde is no exception to the rule, there has been an increase in alcohol consumption and the harmful effects that this entails are increasingly frequent and frightening. This problem is mostly approached from the point of view of alcohol, and very little approached from the perspective of the family that has at its core an identified element as alcohol. So in order to identify the nursing interventions before the alcoholism complications in the family, one addressed case study qualitatively was conducted with a family that has at its core an alcoholic identified element. Data were collected through unstructured observation, semi-structured interviews and questionnaires. The results show that alcoholism in the family complications revolve around disturbances in harmony and family balance, verbal violence, financial problems, interpersonal conflicts and suffering. Such complications require intervention of a multidisciplinary team where nursing has a proactive role in teaching: disease process, the increased availability of learning, reduced anxiety, increased support system and self-esteem, self-care assistance, behavioral motivation, facilitation of self responsibility, support decision making, promotion of family involvement, support the family, caregiver support, among others. The versed nursing interventions in this work are shown as necessary tools in the care of alcohol and his family in order to improve the quality of life of the same.

**Keywords:** Alcoholism, Nursing and Family.

## **LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURA**

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**HBS** – Hospital Baptista de Sousa

**CID** – Classificação Internacional das Doenças

**PLA** – Problemas Ligados ao álcool

**SFA** – Síndrome Fetal Alcoólica

**SNC** – Sistema Nervoso Central

**SAA** – Síndrome de Abstinência Alcoólica

**SDA** – Síndrome da dependência Alcoólica

**A.A** – Alcoólicos Anónimos

**MCAF** – Modelo de Calgary de Avaliação da Família

**NANDA** – *North American Nursing Diagnosis Association*

**NIC** – *Nursing Intervention Classification*

**EpS** – Educação para a Saúde

**CE** – Conselho de Enfermagem

**MS** – Ministério de Saúde;

**OEP** – Ordem de Enfermeiros de Portugal;

## INTRODUÇÃO

Este trabalho intitulado **“Complicações do alcoolismo na família: Intervenções de Enfermagem”** surge no âmbito da conclusão do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo.

O alcoolismo é considerado uma doença caracterizada pelo consumo excessivo de álcool. É fator de risco para patologias graves e é considerado um autêntico flagelo para a sociedade cabo-verdiana pelas consequências danosas e mortais que tem assolado inúmeros indivíduos e inúmeras famílias. O alcoolismo é, assim, um importante problema de Saúde Pública que tem preocupado os profissionais e os pesquisadores da área de saúde.

O interesse pelo estudo do alcoolismo não tem sido priorizado sob o ponto de vista da família que tem no seu agregado um membro identificado como alcoólico, refletindo na falta de intervenções específicas dentro da família.

O interesse por esta temática deve-se, por um lado, pelas vivências durante os ensinamentos clínicos, principalmente na enfermaria de Medicina e Banco de Urgência (BU) do Hospital Baptista de Sousa (HBS), onde pôde ser observado um número significativo de indivíduos acometidos pelo álcool e, por outro, porque muitas pessoas não compreendem a abrangência do problema, acreditando que ser alcoólico significa abuso ou falta de controlo dos impulsos. Essas convicções fazem com que os alcoólicos sejam hostilizados dentro e fora de casa, inclusive dentro do próprio sistema de saúde, tendo de conviver com o preconceito.

É deste facto que surge o interesse pelo tema que se considera uma mais-valia no campo de Enfermagem.

Assim, da vontade de explorar, conhecer e compreender a temática da investigação, surge a seguinte pergunta de partida: **“Quais as intervenções da Enfermagem perante as complicações do alcoolismo na família.”**

O **objetivo geral** deste trabalho é identificar as intervenções de Enfermagem perante as complicações do Alcoolismo na família, tendo ainda com **objetivos específicos**:

- Identificar as complicações do alcoolismo na família;
- Descrever Atitudes dos enfermeiros na abordagem do doente alcoólico;

- Mostrar a importância da família na recuperação e reinserção do indivíduo alcoólico;
- Traçar as intervenções de enfermagem relativas ao caso de estudo;

Estruturalmente, este trabalho organiza-se em quatro Capítulos bem definidos: o Capítulo I reflete o enquadramento teórico onde os conceitos-chaves são definidos, e, tópicos pertinentes para a compreensão do trabalho são expostos. De seguida é apresentado o Capítulo II que integra a fase metodológica com referência ao tipo de estudo, participantes, descrição do campo empírico, instrumentos de recolha de dados e procedimentos éticos e metodológicos. O Capítulo III aborda a fase empírica onde o caso será descrito e os resultados evidenciados. Finalmente, o Capítulo IV debruça sobre a discussão dos dados, as considerações finais e as propostas de trabalho. Ao IV Capítulo segue a seção das referências bibliográficas, apêndices e anexos.

Para formatação deste trabalho utilizou-se o Manual de elaboração de trabalhos académicos e científicos em vigor na Universidade do Mindelo (Março, 2012).

## **Problemática**

Em Cabo Verde o consumo de bebidas alcoólicas está bastante enraizado na cultura e existe um ambiente propício para a livre circulação, produção, distribuição, oferta e ingestão de bebidas alcoólicas (Ministério de Saúde, 2005, p. 45).

Todas as ocasiões constituem uma razão para consumo de bebidas alcoólicas, seja em momentos de alegria, como as várias festas religiosas nos vários Municípios, festivais de música, por ocasião das cerimónias religiosas como batismo, matrimónio, 1ª comunhão, aniversários, nascimentos ou mesmo a morte.

Sobre o fator cultura, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004) considera que o uso de álcool é cultural, sendo permitido em quase todas as sociedades do mundo, impondo uma carga global de agravos indesejáveis e extremamente dispendiosos, evidenciando assim de forma concreta, que a questão em estudo tem uma enorme gravidade.

Segundo o *Plano Preliminar de Ação Contra o Alcoolismo*, aprovado pelo Ministério de Saúde (2005, p. 45), Cabo Verde enfrenta um problema sério em consequência do consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

O alcoolismo é um importante fator de risco, com elevada prevalência, sendo o consumo perigoso de álcool de 6,35% entre os homens e 2,4% nas mulheres e, o consumo nocivo de 2,9% entre os homens e 0,2% nas mulheres (MS, 2012, p. 88).

Outro dado preocupante apontado prende-se com o fato de em Cabo Verde, as famílias guardarem proporções iguais do seu orçamento para o consumo de bebidas alcoólicas e para as despesas com a saúde (MS, 2012, p. 88).

Além disso, os custos da luta contra os efeitos nefastos do consumo excessivo do álcool são elevadíssimos, rondando 48 972 000 ECV para um período de quatro anos (2012 à 2016) (MS, 2012, p. 88).

Já na década de 90, Silveira (1997, p. 15) encarou o alcoolismo como uma das maiores calamidades sociais do mundo, levando o indivíduo que consome álcool à uma perda progressiva do senso ético da vida e arruinado assim a vida do indivíduo gole à gole, com o aparecimento dos problemas.

Noto e Carlini (1995, p. 25) realizaram estudos ao longo de sete anos e concluíram que o álcool era responsável por cerca 90% das internações por dependência e psicoses, sendo maioritariamente homens com idades compreendida entre os 31 e 45 anos.

Como consta no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNSD) (MS, 2012 – 2016, p. 83), em Cabo Verde o panorama não difere:

“O Hospital Regional João Morais (Santo Antão) registou no período 2010-2011 um total de 1295 atendimentos no Banco de Urgências por alcoolismo, dos quais 325 (25%) resultaram em internamento. Do total dos 2523 internamentos registados nesses dois anos, os devidos ao consumo de álcool correspondem a cerca de 13% e a um total de 2 201 dias de hospitalização. A faixa etária mais acometida é a de maiores de 35 anos de idade com 72% de todos os casos atendidos. As mulheres representam 6% dos consumidores que recorrem ao HRJM. Paralelamente foram registados 28 óbitos resultantes de causa direta do consumo de álcool, todos de sexo masculino. Na Delegacia de Saúde de Santa Cruz (Santiago) registou-se no primeiro semestre de 2012, uma taxa de 13% de internamentos por alcoolismo em relação ao total dos internamentos.”

“O alcoolismo representa um drama pelas consequências de mortes e incapacidades por acidentes de trânsito, agressões, violência doméstica, absentismo ou incapacidade para o trabalho, entre outros” (MS, 2012, p. 16).

Sem sombra de dúvida, o consumo excessivo de álcool tem vindo a causar de forma notável prejuízo a saúde de todas as populações, sendo consumido por homens e mulheres de diferentes idades, grupos étnicos e socioeconómico (Barros, 2006, p. 65).



## **Justificativa**

Como referido anteriormente, o interesse por esta temática deve-se em primeiro lugar pela inquietação despertada pelas vivências durante os ensinamentos clínicos, principalmente na enfermaria de Medicina e Banco de Urgência (BU) do Hospital Baptista de Sousa (HBS) onde pôde ser observado um número significativo de indivíduos acometidos pelo álcool, alguns dos quais vítimas de conotações negativas por parte dos enfermeiros de serviço.

Outra justificativa para a condução de um estudo desta natureza são os poucos estudos que em contexto nacional priorizam compreensão das complicações do alcoolismo sob a perspectiva da família que tem no seu agregado um elemento alcoólico.

É assim que surge o interesse pelo tema que se considera uma mais-valia no campo de Enfermagem. Pois, face às complicações do alcoolismo na família os enfermeiros devem ser competentes, eficazes e proativos na elaboração de planos de prevenção, educação e estratégias de intervenção humanizadas, de modo a minimizar o impacto dessas complicações.

## **CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1. Alcoolismo

### 1.1- Aspectos Gerais do Alcoolismo

Mello, Barrias e Breda (2001, p. 11) mostram, com base em estudos arqueológicos e bibliográficos em *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool*, que o uso de álcool é uma realidade desde os tempos mais longínquos ao referirem os efeitos patológicos das bebidas fermentadas num período que antecedeu a era Cristã.

O Homem ingere bebidas alcoólicas para celebrar em tempos festivos ou mesmo para afogar mágoas. A história da humanidade deixa claro o gosto que o Homem tem pela bebida alcoólica, devido ao seu efeito tónico e euforizante para aliviar a angústia e libertar tensões, (Mello *et al.* 2001, p. 11).

O consumo assumido de substâncias com ação psicotrópica tem acompanhado a história da humanidade. Particularmente, as preocupações com o consumo de álcool, enquanto questão de interesse pública e social, remontam ao século XIX (Carvalho, 2002, p.11).

Mello (1988, p. 67) refere que embora os efeitos do álcool sejam conhecidos desde a antiguidade, os fenómenos do alcoolismo crónico eram em larga medida ignorados, sendo o estado de embriaguez a única perturbação ligada ao uso de bebidas alcoólicas valorizado.

Porém, hoje é consenso que o consumo inadequado de álcool é um importante problema de saúde pública que acarreta grandes custos para a sociedade e que envolve questões médicas, psicológicas e sociológicas, pelo que é uma questão merecedora de atenção de profissionais de várias áreas (Oliveira, 2009, p. 55).

Aliane (2006, pp. 83-86) considera que o álcool está entre as drogas que mais vem causando dependência a nível mundial, devido ao uso desmedido.

No PNDS 2012 – 2016, Vol. II, o MS considera o consumo perigoso de álcool com valores 40-60mg/dia para homens e 20-40mg/dia para mulheres e consumo nocivo com valores > 60 mg/dia para homens e > 40 mg/dia para as mulheres.

De forma direta, o tema específico do alcoolismo foi incorporado pela OMS na Classificação Internacional das Doenças (CID), em 1967, a partir da VIIIª Conferência

Mundial de Saúde. No entanto, a questão do impacto do abuso do álcool sobre a saúde já vinha a ser objeto de discussão pela OMS desde o início dos anos 50.

O uso abusivo de álcool tem como diagnóstico o alcoolismo que para muitos autores é uma doença causada pelo uso excessivo de bebidas alcoólicas. Dentre esses autores, destaca-se Edwartz (2005, p. 10), pelo seu trabalho de observação junto de usuários de bebidas alcoólicas de forma contínua e excessiva e durante um longo período de tempo, em que pôde constatar que o alcoolismo não é mais do que um conjunto de manifestações patológicas do Sistema Nervoso (SN), nas suas esferas psíquicas, sensitiva e motora (*ibidem*).

Do modo análogo, Mello (2013, p. 18) concebe o alcoolismo como uma doença causada pelo uso imoderado de bebidas alcoólicas, doença que faz sofrer, não só o indivíduo (físico e mentalmente), mas também a sua família, os que com ele trabalham e ainda as pessoas que com ele vivem ou com quem de qualquer modo pode estar relacionado”.

Para Gameiro 1979, p. 25) o alcoolismo é um processo patológico na medida em que com o passar do tempo os danos físicos se tornam cada vez mais devastadores.

Das conceptualizações postuladas pelos autores citados pode-se entender que as complicações do alcoolismo afeta não só o indivíduo na sua parte física mas também o afeta socialmente e na dinâmica familiar.

Mello (2013, p. 19) aborda duas formas de alcoolismo:

**Alcoolismo agudo** que refere a ingestão excessiva e ocasional de bebidas alcoólicas, em geral nos fins-de-semana, podendo observar sobriedade ou abstinência alcoólica nos restantes dias.

**Alcoolismo crónico** referindo a ingestão de doses excessivas de bebidas alcoólicas, geralmente por varias vezes ao dia, podendo ser todos os dias da semana, com ou sem estados de embriaguez.

O álcool é considerado uma droga devido aos efeitos que causa no ser Humano. Por droga entende-se toda a substancia capaz de mudar o funcionamento do organismo e dos sentidos (Hepetian, 1997, p. 97).

A OMS classificou as drogas pelo seu grau de perigosidade, utilizando critérios como maior ou menor perigo tóxico, a maior ou menor capacidade de provocar dependência física, e a maior ou menor rapidez em que a dependência se estabelece.

Com base nestes critérios, as drogas são classificadas como: Grupo 1: Ópio e derivados (exemplo: morfina, heroína, etc.); Grupo 2: Barbitúricos e álcool; Grupo 3: Cocaína e anfetaminas; Grupo 4: LSD, canabinóides e tabaco.

O álcool ainda que legal, não deixa de ser uma droga. Porém o facto de fazer parte integrante da nossa cultura permite aos seus consumidores habituais uma gestão mais ou menos adequada do seu consumo. No entanto, tal como afirma Hepetien (1997, p. 90), grande parte da população não sabe gerir adequadamente o consumo de álcool.

Em Cabo Verde, o consumo de álcool está associado às crenças e alguns mitos, existem pois, vários motivos que incitam o consumo do álcool, entre eles: álcool utilizado como remédio, álcool como estimulante, álcool como relaxante para aliviar o *stress* e a angústia e, em muitos casos, conforme cita Roussaux (1996, p. 18), utilizado também para aceitação da realidade e aquando da baixa resistência à frustração.

## **1.2- Uso Agudo e Crónico de Álcool: Sinais e Sintomas**

Segundo Dubowski (1985, apud Heckmann e Silveira 2014, p. 71) os indivíduos alcoolizados são portadores de um conjunto de sinais comuns, entre os quais se destacam: edemas das pálpebras, olhos lacrimejantes, eritrose palmar, hálito alcoólico, Falta de coordenação motora, vertigens e desequilíbrio, suores, tremores, frio nas extremidades, hematomas podem indicar traumatismo durante a intoxicação ou alteração da coagulação induzidas por insuficiência hepática.

Na atualidade tem-se uma visão mais ampla dos efeitos desagradáveis causados pelo consumo de bebidas alcoólicas.

Maciel (2013, p. 193) evidencia os sinais que podem ser vistos nos indivíduos que consomem bebidas alcoólicas em grandes quantidades, sendo: câibras musculares, vômitos matinais, dores abdominais, taquicardias e tosse crónica.

Do ponto de vista dos sintomas físicos: sinais de abstinência (neuromusculares caracterizados por tremores, câibras ou parestesias digestivos caracterizados por náuseas e vômitos; neurovegetativos, caracterizados por suores, taquicardia ou hipotensão ortostática.

Do ponto de vista de sintomas psíquicos: ansiedade, humor depressivo, irritabilidade, insónias ou pesadelos: e, do ponto de vista psicológico: alteração do comportamento face ao álcool, a perda do controle e o desejo de consumi-lo.

### **1.2.1- Síndrome de Dependência Alcoólica**

A Síndrome de Dependência Alcoólica (SDA) é considerado um transtorno que se constitui ao longo da vida, dependendo da interação de fatores biológicos e culturais, com severas repercussões individuais, sociais e económicas à nível mundial, com grandes dificuldades no tratamento (Gigliotti e Bessa, 2004, p. 26).

Para a OMS (1992: 78) a SDA consiste num conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos com critérios estabelecidos tanto pela CID como pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).

O diagnóstico de dependência só é efetuado se tiver sido evidenciado pelo menos três dos seguintes sintomas nos últimos 12 meses:

- Forte desejo ou sentimento de compulsão por beber;
- Perda de controlo no consumo de bebidas alcoólicas no que diz respeito ao início, paragem ou níveis de consumo;
- Estado de abstinência fisiológica com a paragem ou redução do consumo da bebida alcoólica ou utilização da bebida alcoólica para aliviar ou evitar os sintomas da abstinência;
- Evidências de tolerância, ou seja, necessidade de aumentar a dose de ingestão do álcool para se conseguir os mesmos efeitos que anteriormente;
- Desleixo progressivo de atividades de lazer ou alternativos devido ao consumo do álcool;
- Continuação do consumo apesar das evidências das consequências manifestamente prejudiciais, tais como lesões hepáticas causadas pelo consumo excessivo do álcool, humor deprimido ou perturbação das funções cognitivas.

Para Silva e Laranjeira (2000, p. 7), os sinais e sintomas clínicos que compõem a SDA abrangem: estreitamento de repertório, tolerância, abstinência, alívio ou evitação da abstinência pelo uso do álcool, desejo para consumir álcool e a reinstalação da síndrome após abstinência.

### 1.2.2- Síndrome de Abstinência Alcoólica

A Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) é entendida como a redução e/ou a interrupção do uso de álcool em utentes dependentes, produzindo um conjunto de sintomas e sinais (Laranjeira, Nicastri, Jerónimo e Marques, 2000, p. 22).

O aparecimento e evolução da SAA advém de vários fatores, tais como a vulnerabilidade genética, o género, o padrão de consumo de álcool, as características individuais biológicas e psicológicas e fatores socioculturais (*ibidem*).

Maciel e Kerr-Corrêa (2010, p. 950) descrevem a SAA como um quadro agudo, caracterizado por um conjunto de sintomas e sinais decorrentes da interrupção total ou parcial do consumo de álcool, sendo responsável pelo aumento da morbilidade e mortalidade associado ao álcool.

Para Marques e Ribeiro (2002, p. 10), a maioria dos dependentes (70 à 90%) apresenta uma síndrome de abstinência entre leve e moderada, caracterizada por tremores, insónia, agitação e inquietação psicomotora, sintomas tendentes a aparecer depois da ingestão do álcool nas 24/36 horas subsequentes a ingestão.

Acrescenta os autores que os outros restantes (10 à 30%) apresentam síndrome de abstinência grave, caracterizada por crises convulsivas, tremores, alucinações e, nalguns casos, *delirium tremens*, não raras vezes com duração de sete a dez dias.

A literatura apresenta um espectro amplo de sintomas de abstinência. Sendo o mais comum o tremor acompanhado de irritabilidade, náuseas, vómitos e hiperatividade autonómica, taquicardia, aumento da pressão arterial, sudorese, hipotensão ortostática e febre (> 38C) (Marques e Ribeiro 2002, p. 10).

A complementar, Laranjeira e colaboradores (2000) e Townsend (2009, p. 482) referem que é possível também observar alucinações auditivas e visuais, insónia, convulsões e fraqueza dos membros inferiores e superiores.

Por tudo isso, esta síndrome requer cuidados meticolosos e diversificados. Neste sentido, Carpenito (1997, p. 37) descreve alguns cuidados básicos necessários, quais sejam:

- Determinar cuidadosamente a precisão do uso abusivo de álcool (para um trabalho mais completo pode-se implicar os familiares);

- Obter a história das abstinências anteriores e os respetivos sintomas;
- Aliviar os sintomas de abstinência;
- Administrar benzodiazepinas;
- Monitorizar os indivíduos de uma queda de álcool sanguínea (ansiedade, insónia, taquicardia leve, tremores, desorientação) e também monitorizar as convulsões de abstinência, *delirium tremens*, alucinações alcoólicas, sinais vitais a cada duas horas;
- Manter o utente com infusão IV (tiamina, destroce, benzodiazepinas).

### 1.3- Problemas Ligados ao Álcool

São vários os problemas ligados ao álcool (PLA). Podendo esses serem de ordem individual, familiar, laboral e social.

Já em 1980 a OMS realçou a vantagem da utilização da expressão PLA mostrando a existência de relações perigosas entre o álcool e a condução rodoviária, criminalidade, patologia laboral, perturbações familiares e o desenvolvimento da criança desde sua concepção até ao rendimento escolar.

Numa perspetiva mais alargada Mello (1993, pp. 61-67) propõe um leque variado de problemas que surgem em decorrência do consumo abusivo de álcool:

- **No Indivíduo:** episódios agudos de um forte consumo de álcool, consequências de um consumo excessivo e prolongado de álcool, efeitos de um consumo de álcool em determinadas circunstâncias (Exemplo: gravidez, aleitamento, etc.);
- **Na Família:** perturbações no lar e na dinâmica familiar e descendência do alcoólico ou crianças com perturbações;
- **No Trabalho:** diminuição do rendimento laboral, aumento de acidentes e absentismo e reformas prematuras;
- **Na comunidade:** perturbações nas relações sociais e de ordem pública, atos violentos, criminalidade, desemprego, delinquência, desagregação de saúde e do nível de vida e bem-estar da comunidade e acidentes de viação.



Uma vez que neste trabalho se pretende um estudo de caso que incide uma família que tem no seu seio um elemento alcoólico, aprofundar-se-á em seguida as consequências do alcoolismo a nível individual e familiar.

### 1.3.1- Complicações de Ordem Individual

As complicações individuais podem ser de dois tipos: (i) consequências orgânicas ou físicas e (ii) consequências psíquicas (Mello, 2013, p. 27):

Das **complicações orgânicas** ressalta-se primeiramente a ação que o álcool tem sobre os órgãos digestivos nomeadamente, o estômago e o duodeno que são os órgãos mais diretamente sujeitos a ação exasperante do álcool, podendo causar gastrites, úlceras gástricas e duodenais, falta de apetite, vômitos e perturbações intestinais.

Ação sobre o fígado, que pode ir desde insuficiência até destruição total das células hepáticas produtoras de uma cirrose hepática. Ação sobre os órgãos sensoriais, podendo ocorrer diminuição progressiva da visão ou estreitamento do campo visual; Alterações na perceção de distâncias (Mello, 2013, p. 27).

Ação sobre o aparelho cardiovascular, podendo ocorrer alterações na degenerescência, com dilatação do coração e sinais de insuficiência cardíaca. Ação sobre o aparelho respiratório, podendo provocar irritação das vias respiratórias (Mello, 2013, pp. 27-29);

Ação sobre o SN, podendo causar demência secundária à pelagra ou degeneração hepatocerebral adquirida, encefalopatia de Wernicke, síndrome de Korsakoff, degeneração cerebelar, mielinólise pontina central e polineuropatia (Haes, Clé, Roriz-Filho, e Moriguti, 2010, p. 153).

Das **consequências psíquicas** realçam-se: dificuldade de raciocínio, de memória, do sentido das responsabilidades e de senso moral, enfraquecimento da vontade, alterações do humor e do caráter, irritabilidade fácil, entre outros, com deterioração mental progressiva que pode ir a demência (Mello, 2013, p. 27).

Outro aspeto importante que surge relacionado ao uso abusivo do álcool, prende-se, por um lado, com a disfunção sexual, podendo causar no homem a perda de fertilidade, incapacidade de ereção e produção normal de testosterona (Atkinson e Murray, 1989, p. 499).

E, por outro, na mulher grávida assumir como um fator de risco, podendo não só comprometer a saúde da mãe como o desenvolvimento do feto e/ou do recém-nascido, causando inclusive o Síndrome Fetal Alcoólica (SFA) – uma condição irreversível, caracterizada por mal formações, disfunção do Sistema Nervoso Central (SNC), deficiência no crescimento e anomalias craniofaciais típicas (Ulhoa, 2010, p. 30).

Os problemas sociais relacionados ao álcool incluem: conflitos conjugais e divórcio, abuso de menores, problemas interpessoais, problemas financeiros, problemas ocupacionais, dificuldades educacionais, custos sociais (Laranjeira, 2004, p.32 e Ulhoa, 2010, p. 36), conflitos com a lei (Schmidt, 2010, p. 988).

Nisso, Costa (2004, p. 60) refere que a violência está presente nas famílias do alcoólico, marcando a trajetória dessas pessoas e levando à emergência de sentimentos e emoções que favorecem a ruptura das relações e da própria vida psíquica dos seus membros.

### **1.3.2- Complicações de Ordem Familiar**

Como já foi percebido, o impacto do alcoolismo não incide somente na saúde do dependente mas interfere igualmente na relação familiar pelo fato dos seus membros vivenciar a realidade do alcoólico (Martins, 2007, p. 10).

Hintz (2002, p. 45) pauta que a presença dum alcoólico na família perturba a harmonia e o equilíbrio familiar. Neste sentido, Sena (2011, p. 315) explica que a presença de um membro da família sobre efeito constante do álcool gera fragilidade na união do sistema familiar, causada especialmente pelo distanciamento emocional do dependente.

Ainda nesta perspectiva Mello (2001, p. 73) ressalta que quando o indivíduo tóxico adoece, simultaneamente o lar torna patogénico, acarretando direta ou indiretamente inevitáveis repercussões sobre os restantes membros da família.

Mello (1993, p. 64) exemplifica que numa família com filhos pequenos e pai alcoólico, coloca-se em jogo dificuldades de identificação tais como ausência de imagem paterna e de autoridade e, quando a mãe é alcoólica são frequentes as situações em que o desempenho dos cuidados básicos encontra-se comprometido, verificando nestas situações carências de afeto, negligência, maus tratos físicos e, por vezes, abandono.

Acrescenta-se ainda o fato de o contacto dos filhos com o álcool ser muito mais frequente e mais precoce em lares de alcoólicos, pela maior liberdade de consumo e oferta. Outrossim, os pais são os principais modelos dos filhos (Mello et al 2001, p. 80).

Os mesmos autores salientam o papel dessas famílias na transmissão de falsos conceitos e modelos culturais de utilização do álcool, o que evidencia uma manifesta resistência a mudança de costumes, razão pela qual deva constituir um alvo fundamental e prioritário na ação de promoção e educação para a saúde (*ibidem*).

No início da década de 80 a OMS (*apud* Mello, 2001, p. 67) listou uma série de ações do álcool e do alcoolismo sobre a família, vistas fundamentalmente em duas perspectivas, sendo elas:

- Ação do álcool sobre a vida familiar, nomeadamente dificuldades e carências materiais; perturbações relacionais; deterioração progressiva do lar e desagregação familiar;
- A ação sobre a descendência, quer pelo efeito direto (ação toxica), quer pelo efeito indireto (ação patogénica).

Ressalta-se ainda o fato da família vivenciar sofrimento nos momentos de recaída, por vezes apresentando sentimentos de descrença em relação ao tratamento e a manutenção de abstinência do dependente (Barros, 2003, p. 47).

Tendo em conta a definição de alcoolismo vista anteriormente e toda a literatura atinente ao alcoolismo, não se torna abusivo concluir que o alcoolismo afeta não só o doente alcoólico, mas também todos os que com ele convive, especialmente a família.

#### **1.4- Estigma ao Doente Alcoólico**

Estigmatizar significa situar o indivíduo a partir de critérios impostos arbitrariamente nas relações sociais quotidianas, numa condição de isolamento, onde o indivíduo estigmatizado é apreciado sob a fixidez do olhar do outro, de tal modo, implicando uma diferenciação pejorativa indesejada (Goffman, 1988, p. 25).

Conforme Vargas (2008, p. 32), o uso de álcool é uma das principais condições que apresenta a conotação moralizante, estigmatizante e discriminatória nos campos da

educação, do apoio familiar, do acesso ao mercado de trabalho, do círculo de amigos e da prestação de cuidados de saúde.

Por consequência, o estigma leva a uma subestimação, subdiagnóstico e subtratamento. Isto é, não raras vezes, o doente alcoólico só é tratado se existirem outras doenças graves concomitantes.

Neste sentido, Vargas (2008, p. 60) chama atenção, especialmente aos profissionais de saúde, ao fato de que estigmatizar e culpabilizar o doente alcoólico pela sua condição gera barreiras na qualidade dos cuidados, dificultando assim o tratamento e as oportunidades de reinserção social.

### **1.5- Família: Elemento Indispensável ao Tratamento**

A origem da família está ligada a história da civilização, tendo surgido como um fenómeno natural, pela necessidade do ser humano estabelecer relações afetivas (Faco e Melchiori 2007, p. 122).

O termo família tem vindo a ser analisado sobre vários aspetos e sua definição variando consoante essa análise. Por família entende-se um conjunto de pessoas aparentadas que vivem na mesma casa ou ainda unidos por um laço de sangue, descendência, linhagem ou admitidos por adoção (Prado, 1995, p. 92) ou por afinidade (entrada do cônjuge e/ou agrupados pelo casamento) (Nogueira, 2007, p. 25).

Faco e Melchiori, 2007, p. 125 argumentam que a família é um complexo sistema de organização, coesa por crenças, valores, práticas, cuidados pela sociedade em busca de melhores condições para os seus agregados.

Os autores sugerem, independentemente da definição ou configuração da família, que ela sempre será útil para o ser humano, como base afetiva, e mais salienta que os elementos de cada família são quem a família diz que são.

Numa perspetiva semelhante, Hintz (2002, p. 45) explica que apesar das famílias não serem idênticas, elas continuam sendo necessárias para o ser humano, como base nutricional afetiva, como suporte necessário para moldar dentro dos princípios éticos e morais.

Não obstante as notórias implicações do álcool na família, a literatura mostra a importância do suporte familiar no tratamento do alcoólico ao evidenciar que a família é o lugar privilegiado da socialização primária, cuja a função principal é o garantir comportamentos normalizados pelo afeto e pela cultura. (Oetting e Donnermeyer, 1998, *apud* De Melo e De Paulo, 2012, p. 87).

Por exemplo, Sena (2011, p. 315) argumenta que a família exerce influência na tomada de decisões dos seus membros alcoólicos. Devendo, por isso, a família figurar-se como porto seguro, tal que seja motivadora da adesão a mudança comportamental do familiar alcoólico.

Carlos (2005, p. 176) traduz tal suporte em apoio e compreensão familiar e, Edwartz, Marshall e Cook, (1999, p. 23) postulam que a família é um elemento fulcral no processo de reabilitação.

## **1.6- O Cuidar e a Enfermagem**

Cuidar é uma filosofia do comportamento moral com objetivo de proteger e preservar a dignidade humana (Silva, 2005, p. 35).

Colliere (2003, p. 1) descreve o cuidar como a primeira arte sem o qual não seria possível a existência humana, estando na matriz de todos os conhecimentos e culturas.

Conforme Watson (2002, p. 2) o cuidar é como estar em sintonia com conflitos dos outros indivíduos e com os danos que podem acontecer a uma pessoa, raça, cultura ou civilização.

Prestar cuidados ou cuidar é ter atenção especial à uma pessoa que vive numa situação particular, contribuindo para o seu bem-estar, promovendo a sua saúde através de ajuda (Hesbeen, 2000, p. 31).

O cuidar na área de Enfermagem é visto como uma ideia moral onde se inclui a ocasião do cuidar real e transpessoal, fenómenos que só ocorrem quando a relação enfermeiro-utente é verdadeira (Colliere, 2003, p. 4).

A reforçar esta ideia, Hesbeen (2000, p. 12) sugere que o cuidado surge no processo interativo entre o doente (aquele que necessita de cuidados) e uma outra pessoa capaz de fornecer ajuda (o enfermeiro).

O mesmo autor defende que a prestação holística dos cuidados não só garante a qualidade/humanização dos cuidados em enfermagem como também promove a qualidade de vida à população a quem os cuidados se destinam.

Para falar de Enfermagem é importante mencionar duas personalidades que contribuíram para a enfermagem no Mundo e em São Vicente, particularmente: Florence Nightingale, a precursora da Enfermagem Moderna em todo o Mundo, e Germana Gomes, a pioneira da Enfermagem em São Vicente.

Para Nightingale a Enfermagem é uma arte que requeria treinamento planificado prático e científico, capaz de auxiliar a medicina. Nightingale não via a enfermagem confinada à administração de medicamentos, mas, orientada para fornecer luz, aquecimento, higiene, quietude e nutrição adequada (Bastos, Xenofonte, Abreu e Rolim, 2013, p. 3).

A sua conceção de enfermagem incidia particularmente na prevenção da doença, contrariamente às conceções de enfermagem da época que valoravam, principalmente a doença e a cura. Ela defendia que os cuidados de enfermagem deveriam ser holísticos uma vez que a pessoa é um ser biopsicossocial (*ibidem*).

Germana Gomes (2010, p. 27-31) refere que em Cabo Verde a enfermagem iniciou no ano 1585, quando um navio em viagem com destino à Índia necessitou de se atracar num porto por causa da doença que assolava os seus tripulantes, na esperança de serem cuidados e medicados. Nisto atracou-se na ilha de Santiago e, na ausência de um enfermeiro, receberam assistência de um padre que se assumiu como enfermeiro.

Por sua vez, a Enfermagem é definida pelo OEP (2012, p. 17) como a arte de cuidar e, como a ciência e especificidade no cuidado ao ser humano, tendo como objeto o indivíduo, a família, ou a comunidade, zelando sempre pela prestação de cuidados integrais e holísticos e, desenvolvendo, para tal, atividades de promoção, de proteção e de recuperação da saúde e atividades de prevenção de doenças, quer seja de forma autónoma quer seja em equipa.

A Enfermagem é, para Bollander (1998, p. 6) e Sousa (2007, p. 249), um campo dinâmico, enriquecido pelas profundas mudanças dentro da sociedade e dentro dos cuidados de saúde, tentando clarificar e melhorar a sua imagem, buscando assim uma nova forma de cuidar, preservando o indivíduo na sua singularidade, integridade e seu contexto de vida.

### **1.6.1- Atitudes dos Enfermeiros na Assistência ao Doente Alcoólico**

De acordo com Barros (2006, p. 60) as atitudes exprimem um conjunto de sentimentos e crenças em relação a certas situações fazendo juízo de valores e avaliando a situação como certa ou errada.

Neste sentido, Vargas (2008, p. 55) tem evidenciado que os cuidados prestados aos doentes alcoólicos estão quase sempre associados à sentimentos de desconforto e embaraço, sendo o consumo de álcool visto moralmente com errado.

No início do milénio, um estudo feito por Campos (2000, p. 345), revelou que dos sentimentos e a *praxis* (teoria + prática) dos enfermeiros em relação aos alcoólicos eram de medo, pena e raiva, comprometendo assim, a prestação de cuidados adequados aos alcoólicos.

Assim, Barros (2003, p. 47) refere a importância de atitudes positivas na assistência ao doente alcoólico e, em 2003 mencionou que as atitudes negativas advinham fundamentalmente do ensino de enfermagem, que era até então pouco estruturado.

Mais tarde, Pilon (2005, p. 28) referiu que as falhas existentes na formação dos enfermeiros refletiam nas atitudes e crenças em relação ao doente alcoólico.

### **1.6.2- Intervenções de Enfermagem Face às Complicações do Alcoolismo na Família**

De acordo com Townsend (2009, p. 800), as intervenções de Enfermagem são levadas a cabo mediante conhecimentos científicos e competências dos profissionais e, deverão ser feitos os devidos encaminhamentos sempre que a necessidade revela fora do âmbito da prática de enfermagem.

A definição de enfermagem, “tradicionalmente considera o indivíduo e a sua família como objeto de sua intervenção. No entanto a prática e a história revelam que na verdade, o foco da atenção da enfermagem foi o indivíduo, na maioria das vezes, cabendo à família uma localização mais a margem dos acontecimentos” (Ângelo, 1997, p. 54).

Embora a família fosse considerada como parte da natureza do indivíduo, ela raramente era contemplada no processo de cuidar. Porém, nos anos 90, Ângelo (1997, p. 55) evidenciou que a família era ainda tida como um recurso em benefício do indivíduo, mas não como um objeto da atenção da enfermagem.

Estudos mais recentes têm demonstrado que a família é o pilar para a recuperação do indivíduo e a sociedade a base para sua recuperação, as quais juntamente com uma equipa multidisciplinar devem arranjar soluções de tratamento para que a assistência de enfermagem, seja efectiva, pelo que faz-se necessário incluir toda a família na elaboração do plano de cuidados.

Ângelo considera que um trabalho realizado por enfermeiro que não inclua a família é um trabalho incompleto (1997, p. 67). Devendo por isso, a enfermagem ter o compromisso de incluir as famílias nos cuidados de saúde.

A evidência teórica, prática e investigacional do significado que "...a família dá para o bem-estar e a saúde de seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem" (Wright e Leahey, 2002, p. 327).

Assim, a consulta de Enfermagem consiste em um trabalho educativo do paciente e da família na qual são oferecidas orientações sobre o autocuidado (Nascimento e Justo, 2000, p. 38).

Sendo necessário o fornecimento de informações sobre a doença, incluindo todas as suas possíveis complicações, alternativas de tratamento, riscos e benefícios, assegurando educação para o autocuidado, a fim de que o cliente torna responsável pela sua própria vida (Alves e Nunes 2006, p. 10).

A este propósito, Nascimento e Justo (2000, p. 59) chamam a atenção para a necessidade de motivar o doente alcoólico e seus familiares para o tratamento, para além do trabalho de conscientização do doente através da promoção de saúde, prevenção das complicações do alcoolismo, principalmente das síndromes, de abstinência e de dependência alcoólica.

A assistência domiciliar é outro aspeto a considerar na assistência de enfermagem do doente alcoólico, tendo em vista identificar as dificuldades na vivência do paciente dependente de álcool, possibilitando as consultas educativas e assistenciais de enfermagem (Macieira, 1999, p. 6).



As orientações durante as visitas domiciliares devem contemplar as vertentes bio-psico-social e basear-se nas necessidades fundamentais básicas com ênfase no autocuidado, principalmente na modificação de hábitos e mudanças de comportamentos relacionados ao tratamento (Palma, Barras e Macieira, 2000, p. 49).

Como referido anteriormente, pela complexidade do problema, há necessidade de uma abordagem multidisciplinar que implica diversos profissionais no tratamento do indivíduo alcoólico e família acometida.

Assim, Townsend (2009, p. 800) aponta que a colaboração contínua com outros membros da equipa de cuidados de saúde (psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional) é essencial para manter a continuidade do cuidado.

### 1.6.3- Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem

Os diagnósticos que se seguem são comuns na maioria dos alcoólicos e dos seus familiares.

#### Quadro 1. Diagnósticos comuns aos doentes alcoólicos

Diagnósticos	Intervenções
Substâncias e ameaças a função do papel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encorajar a expressão de sentimentos;</li> <li>• Usar técnicas de reflexão e esclarecimento para facilitar a expressão das preocupações;</li> <li>• Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e ao respeito;</li> </ul>
Processos familiares disfuncionais: alcoolismo caracterizado por rituais familiares perturbados, abuso de álcool, compreensão inadequada do alcoolismo relacionado ao abuso de substâncias;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar a carga psicológica do prognóstico para a família;</li> <li>• Nutrir esperança realista;</li> <li>• Ouvir as preocupações, os sentimentos e as perguntas das famílias;</li> <li>• Promover uma relação de confiança com a família;</li> <li>• Aceitar os valores da família de maneira isenta de julgamento;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responder todas as perguntas dos familiares ou ajudá-los a obter as respostas;</li> </ul>
Conflito no desempenho no papel mãe/ pai caracterizado por sentimento de frustração;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito;</li> <li>• Demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade;</li> <li>• Oferecer privacidade e garantir confiabilidade;</li> <li>• Encorajar a expressão de sentimentos;</li> </ul>
Disposição para enfrentamento familiar aumentado, caracterizado por apoio incansável ao membro alcoólico e busca pelo serviço de saúde;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compartilhar com a família o plano de terapia;</li> <li>• Solicitar aos membros da família que participem das tarefas de vivência;</li> </ul>

Fonte: Gonçalves e Miano (2008, p. 14)

#### 1.6.4- Intervenções de Enfermagem na Prevenção do Alcoolismo

Como visto na justificativa, os programas de tratamento do alcoolismo são dispendiosos e geralmente apresentam resultados a longo prazo. Sendo assim, dadas as severas implicações do alcoolismo na saúde, os esforços devem ser dirigidos no sentido de prevenir novos casos. É importante que as estratégias sejam dirigidas a toda a população, a começar pelas crianças, nas famílias e nas escolas.

Entende-se por prevenção todas as ações específicas que são implementadas consoante a fase da doença com o objetivo de evitar ou reduzir o seu impacto no indivíduo (Ferreire, 1986, p. 1391).

Moreira (2005, p.) considera três níveis de prevenção classificados de acordo com o momento da evolução da condição em que as estratégias preventivas são implementadas:

- Prevenção primária – aplica-se ao estado de suscetibilidade à doença e consiste na prevenção da doença através da alteração da suscetibilidade, ou da redução da exposição dos indivíduos suscetíveis;
- Prevenção secundária – aplica-se ao início da doença e consiste na detecção precoce;

- Prevenção terciária – aplica-se quando o estado da doença ou incapacidade é adiantada e visa a diminuição da incapacidade e o restabelecimento de um funcionamento eficaz.

A este propósito, Townsend (2009, p.782) salienta que na prevenção primária o enfermeiro deve assinalar a população que apresenta os maiores riscos e delinear o plano de ação.

Assim, como estratégias preventivas à este nível, Leavell, Chlark e Caplan, (*apud* Mello, 2001, p. 112), destacam: medidas de ordem informativas e educativas e medidas de ordem geral de Educação para a Saúde (EpS) que promovem a saúde do Homem.

Ainda Townsend (2009, p.782) refere que na prevenção secundária o enfermeiro foca-se no reconhecimento dos sintomas e prestação de tratamentos ou encaminhamento da pessoa ao tratamento.

Importa referir que o levantamento de sintomas é feito pelo enfermeiro numa determinada visita à comunidade, podendo ser feitos encaminhamentos para grupos de apoio, centros de saúde comunitários, serviços de emergências e profissionais de saúde mental.

Por fim, no que tange à prevenção terciária, Townsend (2009, p.782) postula que as ações enfermagem visam ajudar os utentes a aprenderem ou reaprenderem comportamentos socialmente apropriados, de modo que possam alcançar um papel satisfatório na comunidade.

Leavell, Chlark e Caplan, (*apud* Mello, 2001, p. 112) referem como estratégias preventivas a este nível: medidas terapêuticas que limitem as sequelas de doenças, medidas conducentes a integração social do alcoólico.

Conforme Tourend (2002, p. 59), o tratamento do alcoolismo faz-se com base na sintomatologia, podendo o tratamento ser farmacológico ou não farmacológico.

No cenário de tratamento e recuperação no contexto cabo-verdiano, especialmente em São Vicente, destaca-se o Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPs – ad) . Por seu turno, os Alcoólicos Anónimos (A.A), desempenham um papel crucial na recuperação dos alcoólicos.

A irmandade dos A.A foi fundado em 1935, em Akron, Estados de Ohios, nos Estados Unidos. Os A.A desempenham um papel fundamental e uma estratégia muito

importante na terapêutica contra o alcoolismo, mostrando ser um recurso muito utilizado para aqueles que enfrentam a doença (Campos, 2004, p. 998).

Ismail (2002, p. 41) adianta que um dos problemas fundamentais no combate ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas é o fato da maioria das pessoas não entender o álcool como uma droga, pela legalidade do seu consumo, desvalorizando os seus efeitos nocivos.

Desta feita, Corradi-Webster, Minto, Aquino e colaboradores (2005, p. 2) postulam que a prevenção dos problemas relacionados com o álcool requer mudanças de crenças, hábitos, atitudes e percepções.

Estudos pautados por Schinke, Botvin e Orlani (1991 *apud* Ismail 2002, p. 37) referem que geralmente as campanhas preventivas que fazem uso de filmes, vídeos ou outro material audiovisual dramatizando o problema não se mostram eficazes.

Assim, de acordo com o Ministério Brasileiro de Saúde (1997 *apud* Aliane, 2006, p. 86), parece que uma estratégia básica de prevenção consiste em promover a orientação contínua das práticas e ação de saúde integral e contínua, direcionado às famílias e, com vista a melhoria da qualidade de vida das populações.

## **1.7- Reinserção Social**

Estudiosos como Sena (2011, p. 316) e Carvalho (2002, p. 12) relatam que o principal objetivo da reinserção social é o asseguramento de comportamentos normalizados pelo afeto e pela cultura, sendo a família fundamental neste processo.

Por outras palavras, este processo visa promover a inclusão dos segmentos em vulnerabilidade social, requerendo esforços de entidades como a família, a escola, o emprego e a proteção social (Carvalho, 2002, p.12).

A fase de reabilitação visa a recuperação do utente da dependência em todos os níveis (físico, psíquico, familiar e social) (Rubiola, 2006, p. 95). O autor mostra que a recuperação do indivíduo alcoólico é um processo lento que requer tempo para que as mudanças desejadas sejam conseguidas.

Segundo Silva (2008, p. 5), o trabalho gera maior envolvimento participativo do indivíduo na sociedade, visto que o emprego possibilita a capacidade de decisão, de

escolhas relativamente a utilização dos recursos sociais e de pleno exercício de cidadania, aumentando assim a autoestima.

Nesta fase de reinserção social, segundo Ulhoa (2010, p.40), torna-se indispensável uma comunidade terapêutica, que é definida pelo mesmo autor como sendo uma forma de tratamento residencial, promovendo mudanças ao seu redor para evitar uma possível tentativa de consumir álcool.

O objetivo desses locais é ajudar o dependente no seu amadurecimento pessoal, através de sessões de terapia, facilitando-lhe a perceção dos problemas e das possibilidades de solução. Acrescenta Silva (2006, p. 28) que o contato com a família é bastante importante nesta fase.

Porém, dada a natureza da doença, a recaída pode acontecer a qualquer momento, pelo que se torna fulcral prevenir as recaídas. Estas que não devem ser encaradas como insucesso ou fraqueza, mas como sinal de que as dificuldades ainda não foram superadas e que o indivíduo recorreu ao álcool como um meio de as superar.

## **CAPÍTULO II – FASE METODOLÓGICA**

## **2. Fundamentação Metodológica**

A metodologia, segundo refere Dencker (2001, p. 18), é a forma racional e eficiente de buscar conhecimento, descrevendo todos os passos que visam alcançar o objetivo. Por seu turno, Prodanov e Freitas (2013, p. 27) referem que a metodologia consiste em compreender, estudar e avaliar os métodos disponíveis para a realização da pesquisa.

### **2.1- Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, mais especificamente, de um estudo de caso abordado de forma qualitativa. A filosofia de pesquisa é fenomenológica e a lógica de pesquisa é indutiva.

Genericamente, os estudos descritivos têm por finalidade compreender fenómenos vivenciados por pessoas, categorizar uma população ou concetualizar uma situação (Fortin e colaboradores 2009, p. 221).

Os mesmos autores (2009, p. 241) referem que um estudo de caso reporta-se à um exame detalhado e completo de um fenómeno ligado à uma entidade social, podendo ser um indivíduo, família, grupo, etc.

A metodologia qualitativa ou subjetiva, segundo Cote e Fillion (2012, p. 20), é usada para compreender uma determinada realidade social, com finalidade de compreender o fenómeno em estudo.

No contexto específico de Enfermagem, Latimer (2005, p. 14) refere que a investigação qualitativa permite tornar visível aquilo que tão facilmente é marginalizado ou deixado implícito.

De acordo com Fortin e colaboradores (2009, p. 29), a metodologia qualitativa apoia-se na filosofia fenomenológica na medida em que visa a compreensão do fenómeno sob o ponto de vista de quem o vivencia.

O objeto deste estudo é o alcoolismo e pretende-se compreendê-lo através de um exame detalhado sob o ponto de vista de uma família que o vivência.

## **2.2- Participantes**

Trata-se de uma família nuclear composta por 5 elementos: Um indivíduo do sexo masculino de 51 anos de idade, com o 12º ano de escolaridade e uma formação feita pela Escola Industrial e Comercial do Mindelo, é técnico na Empresa Telecom, é casado e pai de três filhos. Este indivíduo é tido como sujeito identificado alcoólico e ao longo do trabalho será referido como Sr.P; Um indivíduo do sexo feminino de 50 anos de idade, doméstica, com 6º ano de escolaridade, casada e mãe de três filhos. Este indivíduo é identificado como esposa do indivíduo alcoólico; Um indivíduo do sexo feminino de 29 anos de idade, 10º ano de escolaridade, solteira, trabalha como confeitadeira, com estabelecimento próprio, mãe de um menino de 5 anos de idade, e identificado como filha do indivíduo alcoólico; Um indivíduo do sexo masculino de 28 anos de idade, solteiro, com 12º ano de escolaridade, é pedreiro e pai de um menino de 5 anos de idade e é identificado como genro do indivíduo alcoólico; uma criança do sexo masculino de 5 anos de idade. Este indivíduo é identificado com neto do indivíduo alcoólico.

## **2.3- Instrumentos de Recolha de Dados**

Para a recolha de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, a observação não estruturada e questionários de auto-relato.

### **2.3.1- Entrevista Semiestruturada**

A entrevista é um método de recolha de dados que pressupõe uma troca verbal que se estabelece entre duas pessoas: um entrevistador e um entrevistado (Fortin, 2009, p. 375.)

As entrevistas semiestruturadas são situações de contato, ao mesmo tempo formais e informais, de forma a provocar um discurso mais ou menos livre, mas que atende aos objetivos da pesquisa e que seja significativo no contexto de investigação (Duarte, 2004, p. 215).



Acrescentando, Fortin (2009, p. 376-78) refere que o investigador recorre à este tipo de entrevista quando deseja obter mais informações particulares sobre o tema em estudo e compreender determinados acontecimentos vividos pelos participantes.

As entrevistas semiestruturadas são frequentemente utilizadas na investigação qualitativas, associados aos paradigmas interpretativos e construtivas, isto é, uma abordagem de investigação que tenta compreender o sentido de um fenómeno em estudo tal como é percebido por participantes de uma investigação (Gautier, 2003, p. 279).

As entrevistas foram dirigidas mediante dois guiões com questões previamente traçadas: um guião com questões para a entrevista com o sujeito identificado alcoólico (cf. Apêndice I) e outro com questões dirigidas aos outros membros adultos da família (esposa, filha) (cf. Apêndice II). No entanto, nem um nem outro foi usado de forma rígida.

### **2.3.2- Observação Não Estruturada**

Fortin (2009, p. 300) descreve a observação não estruturada ou «observação livre» como um dos principais meios de pesquisa na investigação qualitativa, em que o investigador observa o comportamento dos participantes e os acontecimentos que produzem no meio natural.

Para este estudo a observação incidiu principalmente sobre os modos de relacionamento entre os membros do agregado familiar. Todas as informações recolhidas com base neste método de recolha de dados foram anotadas após cada contacto com a família e posteriormente interpretadas e integradas na descrição do caso.

### **2.3.3- Questionários**

Para um conhecimento mais profundo da história de alcoolismo do sujeito identificado, utilizou-se um conjunto de questionários com objetivos diversos mas com o fim último recolher informações factuais sobre atitudes, crenças, sentimentos e opiniões relacionadas com o consumo de álcool e suas complicações no seio da família.

Conforme Fortin (2009, p.380) o questionário é um instrumento de recolha de dados que requer do participante respostas escritas a um conjunto de questões (...), podendo ser preenchido pelos participantes, sem assistência, ou pelo pesquisador em presença do participante. Para Fortin, os questionários podem ter questões fechadas ou abertas e o investigador pode criar o seu próprio questionário ou utilizar um já existente.

Neste estudo os questionários utilizados já existiam, tendo sido utilizados em outras pesquisas e revelado válidos e confiáveis. Os questionários foram os seguintes:

- ***Questionário de Hábitos de Bebida*** de J. Pinto Gouveia e Fernando Duarte (1995) Este questionário permite recolher dados sociodemográficos, informações relacionadas com a história e desenvolvimento dos hábitos de bebidas, consumo actual, abuso e dependência, sintomas de abstinência, sintomas de dependência e tratamento. (cf. Anexo I)

- ***Escala University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire (URICA)*** – Criada por McConaughy e cols., 1983), para avaliar os estágios motivacionais (pré-contemplação, contemplação, preparação, acção e manutenção) de indivíduos e o quanto estes estão disponíveis para uma mudança em seu comportamento-problema. É constituído por 32 itens, podendo ser respondidos numa escala tipo likert em que 1= discorda totalmente; 2= discorda; 3= indeciso; 4= concorda; e 5= concorda totalmente. (Oliveira *et al*, 2003). (cf. Anexo II)

- ***Inventário sobre as consequências do uso de álcool (DrInc – 2L)***. A DrInc é um inventário constituído por 50 itens, divididos em cinco domínios: (i) Consequências físicas, (ii) Consequências interpessoais, (iii) Consequências intrapessoais, (iv) Consequência na responsabilidade social, e (v) Consequências no controle dos impulsos. A pontuação total da DrInc é o somatório dos escores, primeiro de cada domínio e, posteriormente, da escala total. As respostas são do tipo dicotómico: Sim e Não (Pillon *et al*, 2014). (cf. Anexo III)

- ***The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)*** – desenvolvido pela OMS para rastreamento do uso problemático de álcool. É um instrumento composto por 10 itens, cada um com margem de 0 a 4 pontos. A pontuação que o sujeito atinge ao responder aos itens do AUDIT permite a classificação do uso da substância da seguinte forma: baixo risco – 0 a 7 pontos; uso de risco – 8 a 15 pontos; uso nocivo – 16 a 19 pontos; provável dependência – 20 a 40 pontos (Moretti-Pires e Corradi Webster, 2011). (cf. Anexo IV)

- *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)* – (Miller e Tonigan, 1996). Investiga o grau de prontidão/motivação para a realização do tratamento através dos estágios de reconhecimento, ambivalência e ação. Este instrumento tem-se mostrado uma medida consistente no engajamento do tratamento e na tomada de decisão. É constituído por 19 itens que descrevem a maneira como a pessoa pode pensar (ou não pensar) o seu beber. Os itens são respondidos numa escala do tipo *likert* de 5 pontos em que 1= discordo muito; 2= discordo; 3= indeciso; 4= concordo; e, 5= concordo muito. (cf. Anexo V)

- *Short-form Alcohol Dependence Data (SADD)* – criado por Raistrick, Dunbor e Davidson (1983). É constituído por 15 itens, que tem por objetivo investigar o grau de severidade da dependência alcoólica em leve, moderada e grave. Os itens são respondidos numa escala tipo *likert* de 4 pontos em que 0= nunca; 1= poucas vezes, 2= muitas vezes; e 3= sempre. A nota global entre 0 à 9 corresponde ao grau de dependência leve, entre 10 à 19 grau de dependência moderada e acima de 20 grau de dependência grave (Oliveira *et al*, 2003). (cf. Anexo VI)

## **2.4- Campo Empírico**

Para Quivy e Campenhoudt (1998, p. 157) é necessário descrever o campo de análise empírica no espaço geográfico, social e no tempo.

Assim, primeiramente descrever-se-á de forma breve a zona de residência da família (Ribeira Bote), e, de seguida far-se-á uma descrição do domicílio da família onde a recolha de dados teve lugar.

### **2.4.1- Descrição da Zona de Residência**

Não se conseguiu dados mais recentes para descrição da zona de Ribeira Bote por isso os dados apresentados referem-se aos dados do Senso de 2010.

A zona de Ribeira Bote situa-se na periferia da cidade do Mindelo, em São Vicente, e contava, em 2010, com 3.956 habitantes. Tratando-se essencialmente de uma população jovem, agregados familiares numerosos, predominantemente matriarcal, e onde estão presentes os problemas sociais que afetam a generalidade da sociedade cabo-verdiana, quais sejam: pobreza, desemprego, condições de saúde limitadas, condições de

habitabilidade precárias, gravidez precoce, absentismo escolar, alcoolismo, etc. além disso é considerada uma das zonas mais violenta e problemática, com a população na maioria das vezes estigmatizada pela sociedade e quase sempre remetida para um escalão inferior da hierarquia.

A zona possui fracas condições económicas, com construções visivelmente carentes em termos de qualidade e conforto, nomeadamente as casas feitas de lata e madeira, de forma desordenada, com falta de infraestruturas de saneamento básico. As vias existentes são estreitas e pouco coerente nas ligações para outras zonas, sendo de difícil circulação para os meios de transporte.

A população dedica-se essencialmente ao comércio, com diversas lojas, bares, vendedores ambulantes, peixeiras, artesanato, entre outros. Porém, realça-se que a zona de Ribeira Bote é rica em história, artistas, artesões e outros aspetos culturais como a “mandinga”, muito popular em São Vicente.

De realçar que na atualidade, embora a configuração em termos económicos e culturais se mantém, pode-se observar uma melhoria significativa em parte das habitações em determinados pontos da zona.

#### **2.4.2- Descrição do Domicílio da Família**

A casa fica situada na zona de Ribeira Bote, com boa iluminação na sua proximidade, boas condições de saneamento, mas com fracas condições de segurança devido as histórias/rumores de violência, “*Kassubody*” e violação. O acesso à estradas e aos meios de transportes públicos é pouco favorável devido a localização.

A casa tem dois pisos, um total de três quartos, duas casas de banho, uma garagem, uma cozinha e um terraço. Bem arejada e limpa.

## 2.5- Procedimentos Metodológicos

Para a compreensão das complicações do alcoolismo na família, foi realizado um estudo de caso de uma família que tem no seu agregado um elemento alcoólico. A referida família foi indicada por um Agente Sanitário que trabalha no CAPs-ad, tendo facultado o contato telefônico da filha do elemento alcoólico (Sr. P), pelo que o primeiro contato com a família se estabeleceu por telefone, em Julho de 2015.

O primeiro contato serviu para identificação do pesquisador e para apresentação da intenção de pesquisa bem como a natureza e os objetivos de pesquisa e para marcação de um encontro pessoal.

O primeiro contato pessoal com a filha decorreu na semana seguinte ao contato telefônico, no Centro de Saúde Fonte Inês onde o pesquisador se encontrava em ensino clínico. Esse contato serviu uma vez mais para abordar os objetivos e a natureza da pesquisa que se pretendia desenvolver.

Com isso, a filha assumiu a responsabilidade de falar com o pai que num primeiro momento temeu que pudesse resistir a participar. Posteriormente o pesquisador contactou a filha e recebeu uma resposta positiva quanto a aceitação de participação na pesquisa. Nessa ocasião ficou agendada a visita do pesquisador para o domicílio familiar.

A primeira visita foi informal, visou a apresentação pesquisador-membros da família (Sr. P., Esposa, filha e neto) e do fornecimento de toda a informação necessária para a plena compreensão da pesquisa. À esse encontro seguiu outro menos informal que consistiu na concretização do consentimento livre e esclarecido onde foi explicada as modalidades de participação (cf. Apêndice III) e à esse seguiram vários encontros para recolha de dados.

Mesmo tendo dado o consentimento, inicialmente o Sr. P mostrou alguma resistência, a esposa e filha quiseram logo abraçar o estudo, o genro não consentiu a participar e à criança de cinco anos para quem tinha sido pensado uma forma lúdica de participação no estudo, não foi dada autorização para participar.

Com as visitas mais frequentes a resistência mostrada pelo Sr. P foi ultrapassada. A entrevista com ele decorreu por duas vezes, foi-lhe explicado que seria utilizado recursos

áudio para gravação das respostas apenas para fins de pesquisa. Os questionários foram preenchidos pelo sujeito identificado, durante o mês de Novembro, mediante instruções, na presença do pesquisador, em ambiente tranquilo e todas as dúvidas relativamente aos mesmos foram esclarecidas de forma cordial.

O tempo de preenchimento dos questionários foi variável (entre 5 e 20 minutos). A esposa e a filha responderam à entrevista à vez, em ambiente calmo, suas respostas foram gravas em áudio com o consentimento.

Todos os dados das entrevistas foram posteriormente transcritas para fins de análise e construção dos ecomapas e genogramas, e para salvaguardar a identidade tal como informado aos participantes, ao longo do trabalho serão chamados Sr. P, E e F, para o elemento identificado como alcoólico, esposa e filha, respectivamente.

Os questionários que auxiliaram a recolha de dados foram utilizados para permitir um conhecimento mais profundo do caso de modo a permitir um exame detalhado e completo das complicações do alcoolismo na família. De realçar que os questionários utilizados eram já existentes e comportaram perguntas abertas e fechadas.

Durante a recolha de dados o Sr. P foi encaminhado para vários recursos da comunidade, incluindo consulta médica no Centro de Saúde Fonte Inês, onde lhe foi marcado uma endoscopia; consulta de psicologia a qual nunca quis participar; reuniões de auto-ajuda no CAPs-ad com faltas justificadas pelo cansaço do trabalho.

Para a recolha de dados, a família foi acompanhada por um período aproximado de seis meses e foram seguidos todos os protocolos éticos para a realização deste estudo.

## **CAPÍTULO III – FASE EMPÍRICA**

### 3.1- Apresentação e Interpretação dos Dados

#### ESTUDO DE CASO: “Família P. frente à uma painel de álcool”

Primeiramente apresenta-se a história do desenvolvimento da dependência de álcool do sujeito identificado, em forma de narrativa que foi construída a partir das respostas transcritas das entrevistas e das respostas aos questionários:

#### “Sr. P, da experimentação à dependência”

P, é um senhor de 51 anos de idade, é o segundo filho de uma fratria de dois irmãos, nasceu em Santo Antão a 07/08/1964 e vive em São Vicente desde os seus 19 anos. É casado, tem 3 filhos (dois rapazes que vivem nos Estados Unidos e uma filha que vive na mesma casa) e vive em casa própria situada na zona de Ribeira Bote, com a esposa, a filha, o genro e o neto.

Sr. P tem o 12º ano de escolaridade com formação na Escola Técnica. Há 17 anos que é técnico na empresa Telecom, antes deste trabalhou em Santo Antão numa empresa de família.

Tem uma longa história de hábitos de bebida que se desenvolve desde os seus 20 anos. Bebeu pela 1ª vez num convívio em casa de amigos, entusiasmado por estes *“senti diferente após o primeiro gole... eufórico, feliz”* No entanto, hoje sente-se arrependido de ter experimentado. *“Arrependo-me do primeiro gole de álcool. Algo que veio trazer maus momentos, ou seja desgraça na minha vida.”*

O consumo regular remonta aos seus 26 anos e a primeira embriaguez remonta-se aos 30 anos, por ocasião de uma “festa de malta” onde reencontrou velhos amigos *“senti nas nuvens pena que no dia seguinte não me lembrava de nada”*.

Sr. P relata consumo de álcool por parte do pai e do irmão mas nada que fosse ou seja preocupante *“... mas não muito! sempre em pouca quantidade e não era com muita frequência para criarem problemas de saúde. Nunca foram ao hospital por causa do álcool.”*

Porém, a maioria dos seus amigos bebem habitualmente e embebedam-se com frequência. Sr. P relata consumo de 2 à 3 bebidas diárias (cerveja, vinho e/ou bebidas



fortes) e 6 bebidas em situações em que considera beber excessivamente, situações essas que repetem várias vezes nos últimos 6 meses em intervalos semanais. *“quando tenho dinheiro ou sou convidado pelos amigos bebo 6 ou mais doses...dum pouco de tudo.”*

Raramente é capaz de regular ou controlar a quantidade de bebidas e houve vezes em que não se lembrou do que tinha dito ou feito antes de beber.

Sr. P foi criticado quanto ao consumo de bebidas tanto na família como no trabalho e acredita que a bebida já lhe causou problemas com a família, com os amigos e no trabalho. *“Muitos transtornos no seio familiar e laboral. Houve algumas alterações na maneira de conviver com os amigos e dentro da família começaram a surgir problemas na harmonia, alguns conflitos e desentendimentos.”*

Contudo, nunca se sentiu discriminado. *“Nunca me senti discriminado nem pela família nem por outras pessoas... tenho ouvido alguns comentários desagradáveis como “mar te brob” mas não dou a mínima importância”*

Sabendo que a bebida era a causa dos problemas, Sr. P sentiu que deveria diminuir o consumo e, sentiu-se mal ou culpado por essa situação já que fez promessas a si mesmo e tentativas falhadas de deixar de beber ou diminuir o consumo como estabelecer algum tipo de regra para controlar a bebida.

Quando bebe ou diminui a bebida tem normalmente dificuldade em conseguir dormir, náuseas ou vômitos, dores de cabeça e perda momentânea da visão.

Sr. P já teve problemas físicos como gastrite ou vômitos de sangue, formigueiros ou parestesias, falta de memória e continuou a beber, mesmo sabendo que a bebida era causa desses problemas ou que poderia piorar o seu estado de saúde. *“já tive vários episódios de internamento no Hospital Baptista de Sousa. A primeira vez que me senti mal por causa do álcool, estava tão mal ao ponto da família chamar os bombeiros... algumas semanas internado na medicina... recebi um bom tratamento e atenção dos profissionais de saúde principalmente dos enfermeiros com quem dividi a maior parte do tempo que lá estive.”*

A reacção ao diagnóstico foi de negação *“não queria aceitar os fatos. para mim era apenas uma dorzinha passageira no estômago. O médico aconselhou-me para buscar um tratamento adequado, mas revoltado resolvi esquecer o conselho do médico, algo que iria mudar com o passar dos tempos e com a ajuda da família. Após a recuperação e a alta passei muito tempo sem ingerir bebidas alcoólicas, jurei à família que era a última vez, algo que com o passar dos tempos vem cair por terra.”*

Para o Sr. P a família tem sido muito importante. *“O apoio da família tem sido incondicional. São eles a causa dos longos períodos sóbrios o que traz grandes momentos entre família e claro paz, equilíbrio e harmonia entre nós. Já passei vários meses e até mesmo ano sem ingerir bebidas alcoólicas, porque o meu sonho é deixar de beber para sempre e assim ficar contente com a minha própria pessoa e deixar felizes aqueles que realmente preocupam com a minha saúde. A minha esposa e minha filha dizem que nos momentos sóbrios da minha vida sou um paz de cristo e que devia ser sempre assim.”*

Sr. P esteve em tratamento no CAPS- ad nas reuniões de ajuda mútua e esteve quase um ano sem beber até “cair tudo por terra”. *“Sempre fiz tratamento no CAPS-ad, apesar de não comparecer com grande frequência as reuniões... busco ajuda e quando normaliza a situação abandono o tratamento, volto em seguida a consumir bebidas alcoólicas... e vou novamente hospitalizado...”*

O Sr. P tem pensamentos recorrentes sobre beber e muitas vezes bebe em qualquer horário (diurno ou noturno). Sr. P relata que tenta controlar (deixar de beber) mas muitas vezes é lhe difícil parar. E acontece de beber sem levar em conta os compromissos que tem depois.

Na manhã seguinte à uma noite que tenha bebido muito, acorda com tremores nas mãos, náuseas ou vômitos e esquece o que aconteceu enquanto esteve bebendo. Muitas vezes precisa de beber mais para sentir melhor na manhã seguinte à uma noite em que tenha bebido muito.

A ingestão de bebidas alcoólicas tem-lhe prejudicado muito a si e a própria família. Obteve um escore total de 25 pontos no SADD o que é indicativo de um grau de dependência grave.

Sr. P pensa às vezes que é um alcoólico mas está indeciso se realmente o é. Contudo, quer e já começou a fazer mudanças na sua forma de beber.

#### Observações:

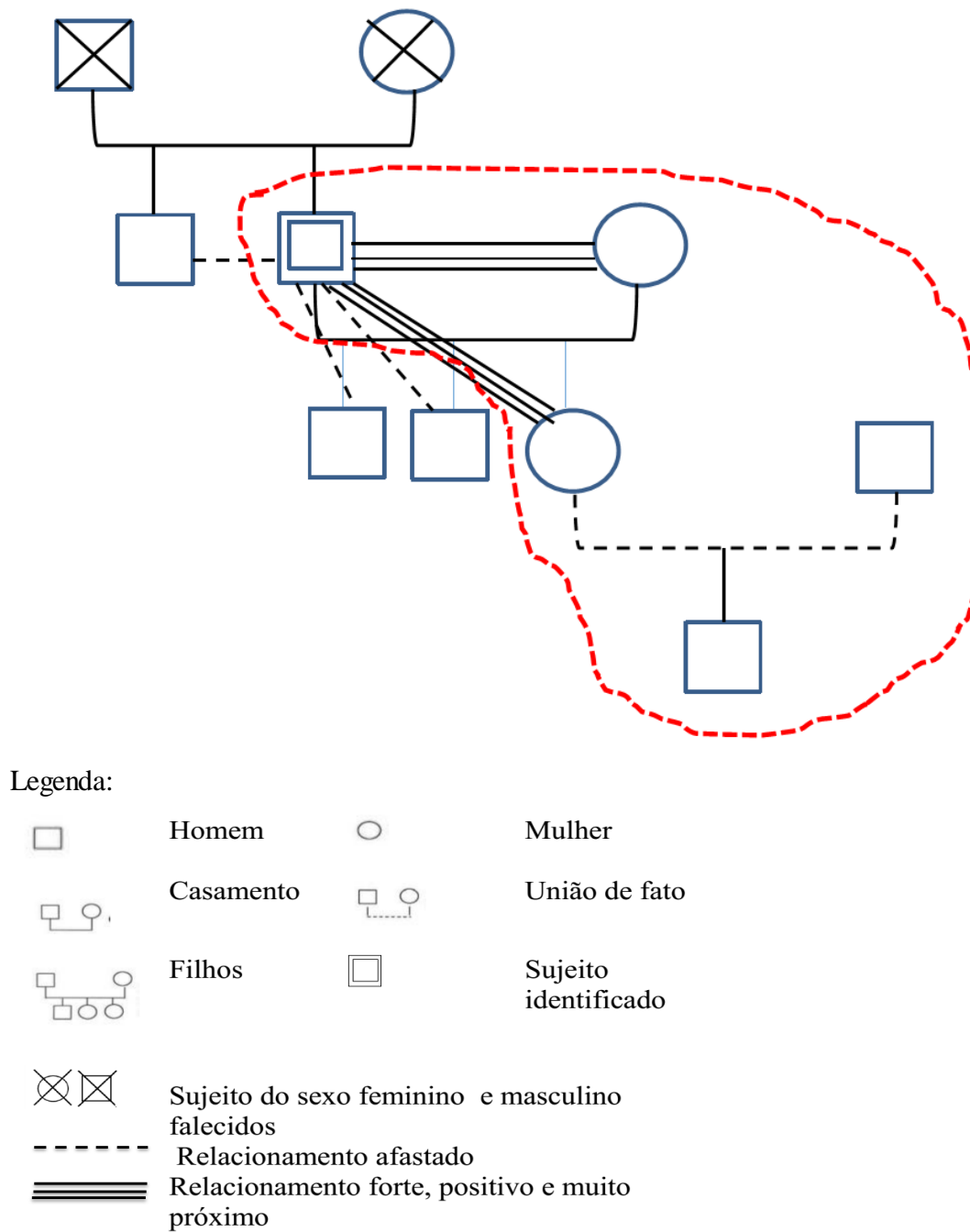
Sr. P é pouco comunicativo, mantém-se muitas vezes calado e pensativo e aparentemente triste. Pouco participativo durante as sessões de ajuda, dificuldades de adesão ao tratamento e pouca persistência no tratamento.

**Para uma maior compreensão do caso, apresenta-se os genogramas e ecomapas do Sr. P antes e depois do diagnóstico do alcoolismo**

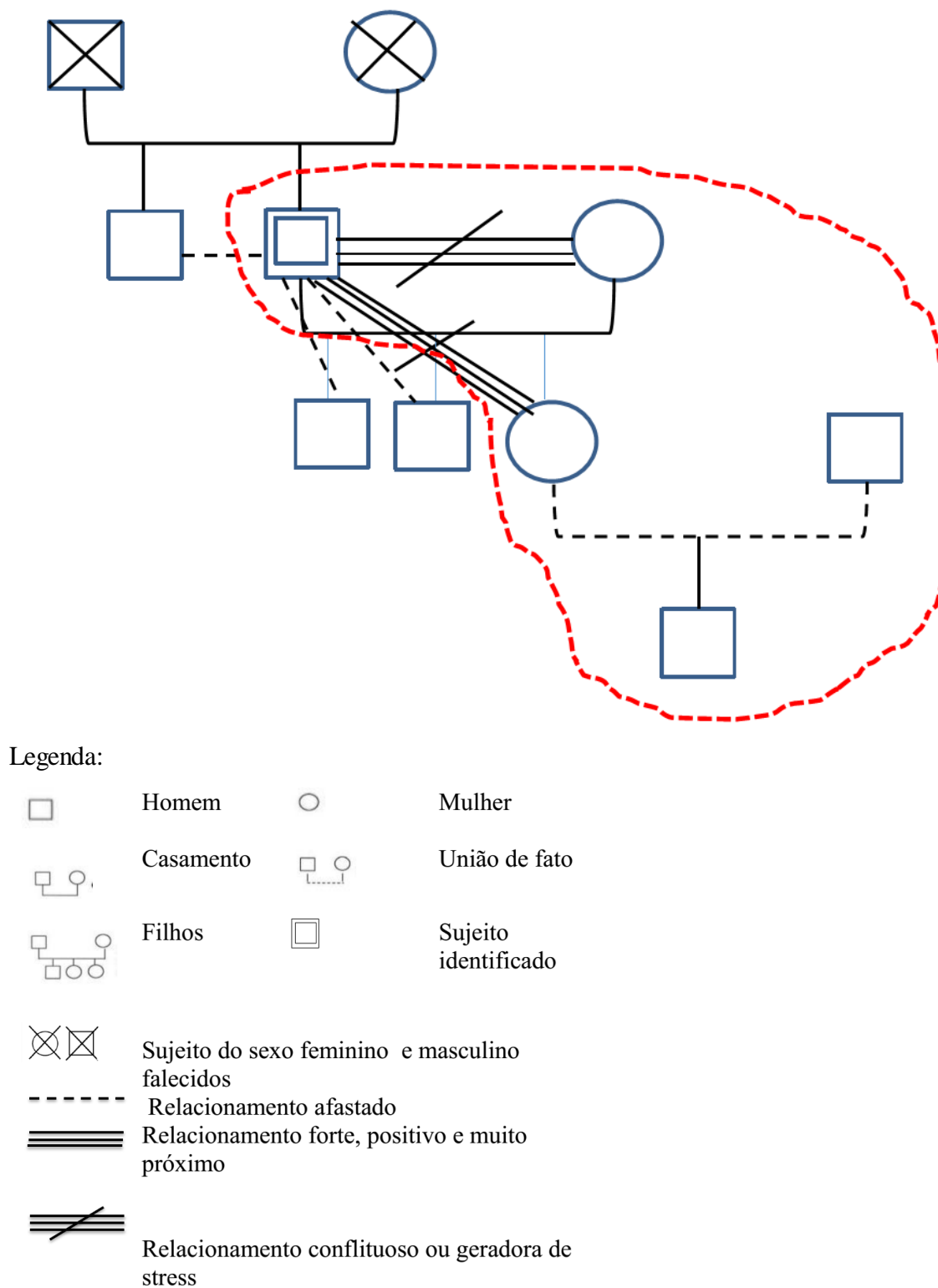
O genograma e o ecomapa são instrumentos que facilitam a avaliação da estrutura familiar. O genograma demonstra a representação gráfica de dados sobre a família, a dinâmica familiar, as relações entre os seus membros, permitindo assim observar de forma clara os membros que constituem a família e os vínculos entre ambos.

Por sua vez, o ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar as redes de apoios sociais disponíveis e a sua utilização pela família (Perreira, Teixeira, Bressan e Martini, 2009, p. 409).

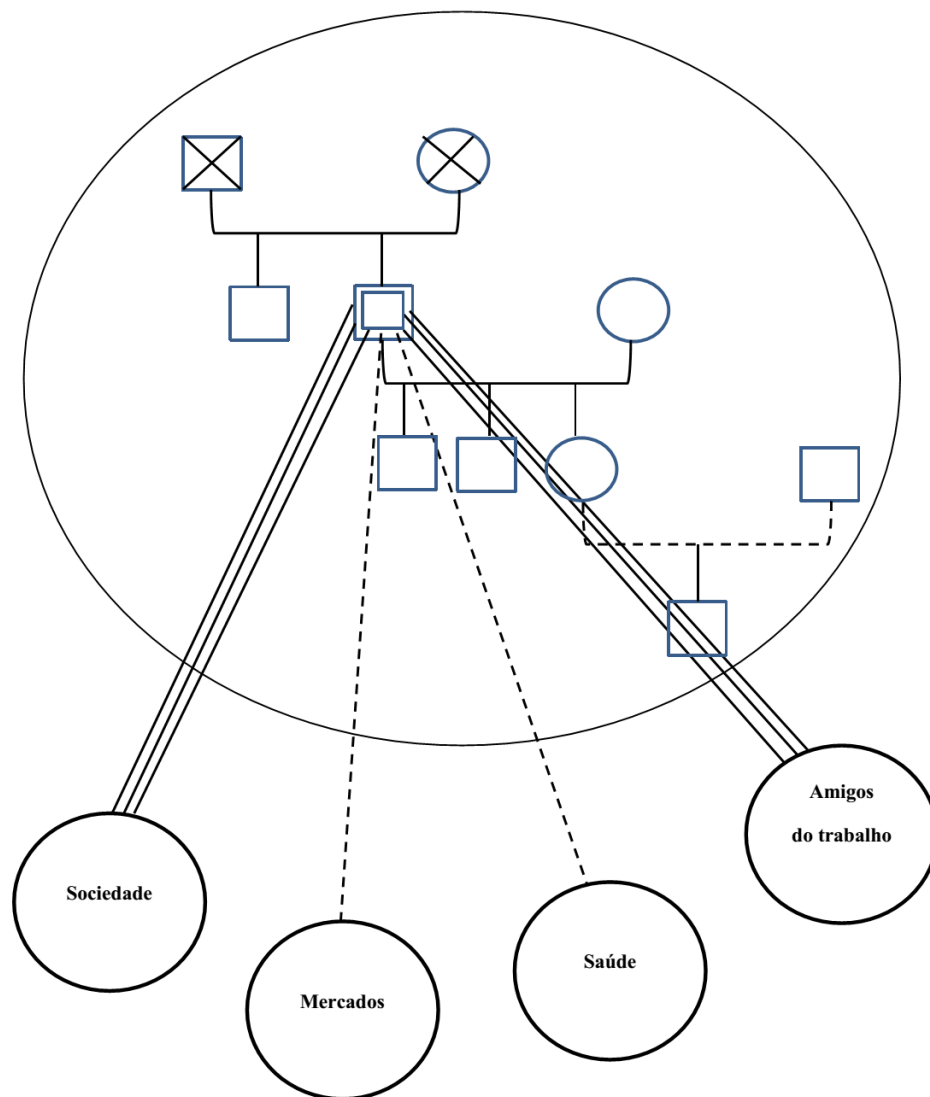
**Figura 1. Genograma antes do diagnóstico:**



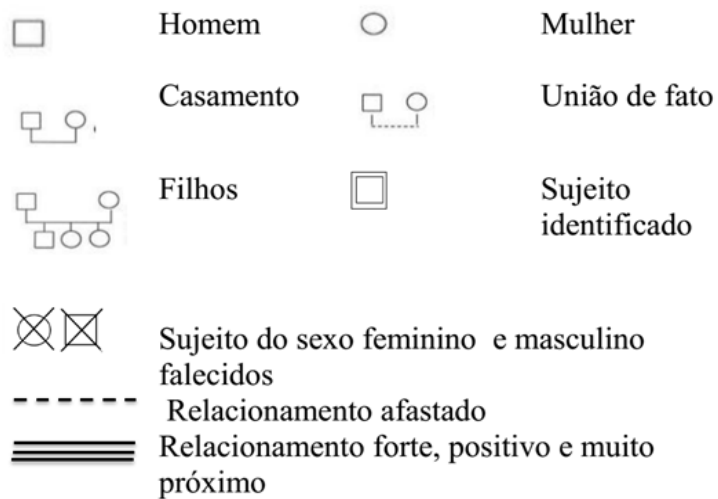
**Figura 2. Genograma depois do diagnóstico**



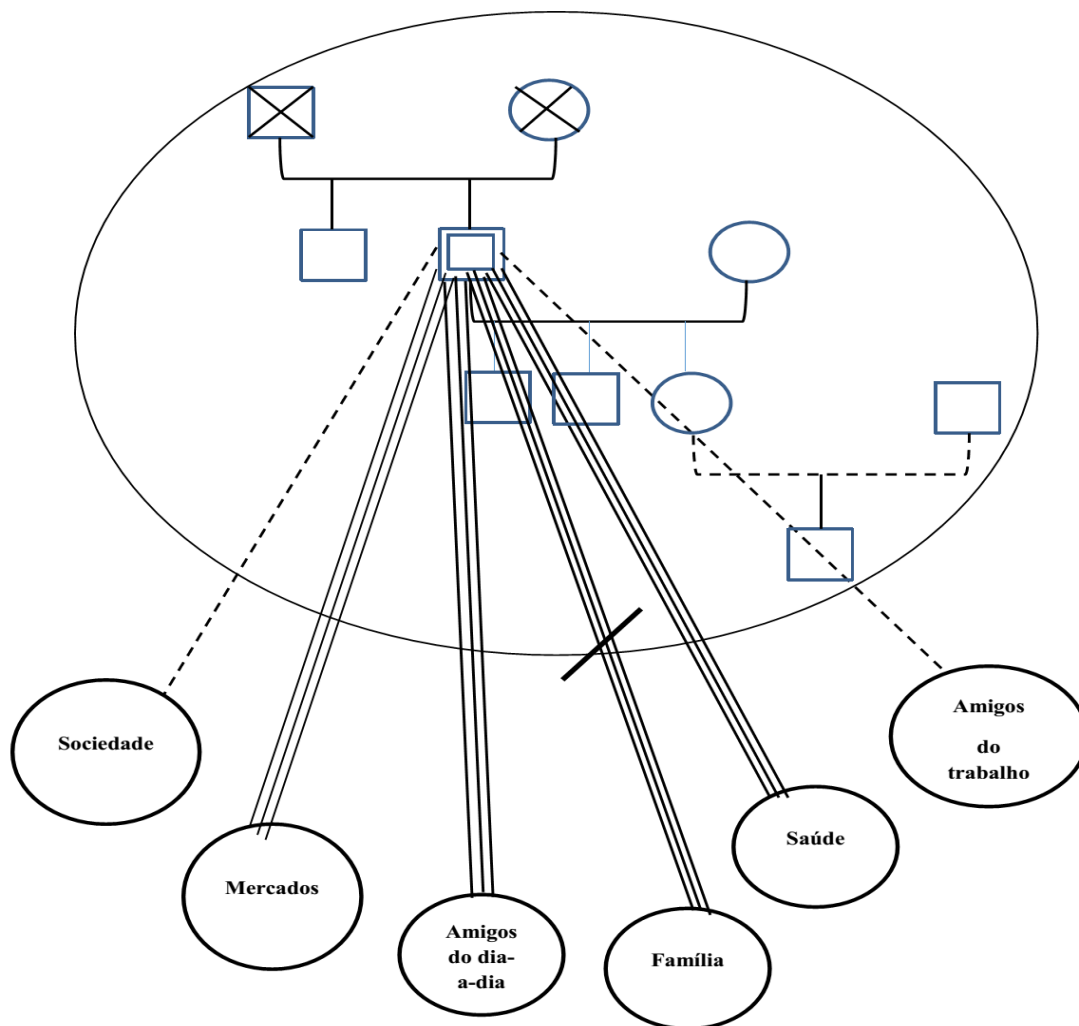
**Figura 3. Ecomapa antes do diagnóstico**



Legenda:



**Figura 4. Ecomapa do Sr. P depois do diagnóstico de alcoolismo**



**Legenda:**

	Homem		Mulher
	Casamento		União de fato
	Filhos		Sujeito identificado
	Sujeito do sexo feminino e masculino falecidos		
	Relacionamento afastado		
	Relacionamento forte, positivo e muito próximo		
	Relacionamento conflituoso ou geradora de stress		

## **Apresentação e interpretação dos dados recolhidos com a Esposa e a Filha do Sr. P**

As entrevistas realizadas com a esposa e a filha do Sr. P foram analisadas com base na análise de conteúdo, organizadas em três categorias e interpretadas com base na literatura.

### **Categoria I: Significação do alcoolismo**

As informações recolhidas com a esposa e com a filha apontam que todas buscam atribuir um significado ao alcoolismo.

*“Alcoolismo é quando uma pessoa não consegue viver sem álcool” (F).*

*“Alcoolismo é quando uma pessoa bebe todos os dias sem controlo” (E).*

Mello (2013, p.18) concebe o alcoolismo como uma doença causada pelo uso imoderado de bebidas alcoólicas.

### **Categoria II: Complicações do alcoolismo**

As informações agrupadas junto dos familiares mostram que a vivência num lar com o alcoólico cria perturbações de várias ordens no funcionamento do mesmo.

*“É muito complicado porque quando ele ingere bebidas alcoólicas fica mais agressivo, deixando de lado a sua personalidade agindo de forma agressiva, podendo assim até chegar ao ponto de praticar violência com os próprios familiares que querem o seu bem. Sem falar dos constrangimentos e dos problemas físicos e familiares (...) O lar nunca mais fica o mesmo após cada episódio de conflitos, stress entre os membros da família. (F)*

*É difícil conviver com um alcoólico no seio familiar, não é que tenho vergonha de aceitar que o meu marido é alcoólico, mas quando ele está sobre o efeito de álcool não desempenha os seus papéis como chefe da família (pai, marido, funcionário), ou seja não consegue distinguir o certo do errado, causando assim perturbações na convivência*



*familiar (...) o álcool trouxe consigo vários problemas ... conflitos na nossa relação, problemas financeiros... O álcool só veio destruir tudo, principalmente a nossa família”* (E).

A literatura mostra que a presença dum alcoólico na família perturba a harmonia e o equilíbrio familiar (Hintz, 2002, p. 45) e explica que a presença de um membro da família sobre efeito constante do álcool gera fragilidade na união do sistema familiar, causado especialmente pelo distanciamento emocional do dependente (Sena, 2011, p. 315), adoecendo simultaneamente o lar (Mello, 2001, p. 73).

Conforme afirma Mello (1993, pp. 61-67)... Há vários problemas que surgem em decorrência do consumo excessivo de álcool (...): perturbações no lar, na dinâmica familiar, perturbações no trabalho com diminuição do rendimento laboral, entre outros.

O impacto da doença do alcoolismo não incide somente na saúde do dependente mas interfere igualmente na relação familiar pelo fato dos seus membros vivenciar a realidade do alcoólico (Martins, 2007, p. 10).

### **Categoria III: Envolvimento familiar no cuidado ao ente querido**

De acordo com os discursos, nota-se que os familiares esforçam-se para o envolvimento no cuidado ao ente querido ou, pelo menos, mostram-se disponíveis para o cuidado e suporte ao ente alcoólico.

*“Tudo o que tenho feito é para ajudar o meu pai a sair da vida que leva, cheio de baixos, por causa do álcool... converso, apoio nos maus momentos mas o que gostaria mesmo era que ele aceitasse um acompanhamento de uma equipa com vários profissionais, incluindo o psicólogo ou psiquiatra”*(F)

*“Para ajudar o meu marido faço de tudo. Faço de tudo para que os velhos tempos voltem, sem discussões e que volte a ser o pilar da família. E tenho insistido muito para que ele aceite ajuda de quem realmente possa ajuda-lo.”* (E)

A família é um elemento fulcral no processo de reabilitação, (Edwartz, Marshall e Cook, 1999, p. 23). Ademais, Carlos (2005, p. 176) refere que a família figura-se como

um porto seguro, tal que seja motivadora da adesão a mudança comportamental do familiar alcoólico, traduzindo tal suporte em apoio e compreensão familiar.

### **3.2- Diagnóstica NANDA e Intervenções de NIC para o Caso em Estudo**

Os diagnósticos NANDA foram selecionados de acordo com as necessidades ou problemas encontrados dentro da Família P, e é de salientar que as intervenções de enfermagem (NIC) foram traçadas segundo os diagnósticos encontrados.

Os diagnósticos e as intervenções de enfermagem traçados foram para ajudar a família na resolução do problema, mas é de evidenciar que o problema requer uma intervenção multidisciplinar, como aliás a própria família tem sentido necessário.

**Quadro 2. Quadro de diagnósticos NANDA**

Diagnósticos	Características definidoras	Fatores Relacionados
Nutrição alterada – Ingestão menor que as necessidades corporais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato de ingestão inadequada de alimentos, menos do que a porção diária recomendada;</li> <li>- Relato de alteração na sensação gustativo;</li> <li>- Dor abdominal com ou sem patológica;</li> <li>- Cólica abdominal;</li> <li>- Falta de interesse por alimentar-se;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceitos errados sobre a prática</li> </ul>
Comunicação verbal prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade de acompanhar/ manter um padrão usual de comunicação;</li> <li>- Desorientação auto/alopsíquica;</li> <li>- Faces inexpressivos;</li> <li>- Ansiedade/depressão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Barreiras psicológicas</li> <li>- Alteração de auto estima e autoconceito;</li> </ul>
Interação social prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconforto verbalizado ou observado em situações sociais;</li> <li>- Disfunção interativa com seu grupo etário, família e/ou outros;</li> <li>- Relato familiar de mudança no estilo ou padrão interativo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Barreira ambientais;</li> <li>- Alteração do processo de pensamento;</li> </ul>

Isolamento social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de suporte significativo de outros: familiares, amigos e colegas;</li> <li>- Afeto triste e embotado;</li> <li>- Sem comunicação, isolado, sem contato olho-a-olho;</li> <li>- Comportamento não aceito pelo grupo dominante;</li> <li>- Sentimentos expressos de solidão, imposta por outros;</li> <li>- Valores expressos aceitáveis para o grupo de subcultura, mas inaceitáveis para o grupo de cultura dominante;</li> <li>- Sentimentos expressivos de rejeição;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fatores contribuintes para a ausência de relacionamento pessoal satisfatório, tais como: alteração na aparência física, alteração no estado mental, alteração no bem-estar, incapacidade para engajar-se em relacionamento pessoal satisfatório;</li> </ul>
Desempenho de papel alterado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mudança na percepção do próprio papel;</li> <li>- Negação do papel;</li> <li>- Conflito de papéis;</li> <li>- Mudança no padrão usual de responsabilidade;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carência de modelo de papel;</li> <li>- Suporte inadequado;</li> </ul>
Paternidade alterada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Negligência nos cuidados de saúde pessoais;</li> <li>- Comportamentos de cuidados pessoais inapropriados;</li> <li>- Frequentes enfermidades;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ameaça percebida à sobrevivência física ou emocional;</li> <li>- Presença de <i>stress</i> provocado por crise situacional;</li> <li>- Fatores socio-económico-culturais;</li> </ul>
Disfunção sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitação real ou percebida da resposta sexual imposta pela doença;</li> <li>- Relato de dificuldade, limitações na vida sexual;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vulnerabilidade;</li> </ul>

Processo familiar alterado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema familiar incapaz de atender as necessidades físicas e emocionais do se membro;</li> <li>- Incapacidade da família atender as necessidades de segurança dos seus membros;</li> <li>- Inabilidade para aceitar ou receber ajuda;</li> <li>- Incapacidade da família para adaptar-se as mudanças ou para lidar construtivamente com experiências traumáticas;</li> <li>- Comunicação inapropriada ou ineficiente dos símbolos, dos rituais e das regras familiares;</li> </ul>	- Situação de transição ou crise;
Angústia espiritual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupação expressa com o significado da vida ou da morte e/ou com sistema de crenças;</li> <li>- Questionamento do significado da própria existência;</li> <li>- Humor negro;</li> <li>- Descrição de pesadelos ou distúrbios de sono;</li> <li>- Alterações de comportamento ou humor, evidenciado por: raiva, choro, isolamento, preocupação, ansiedade, hostilidade, apatia;</li> </ul>	- Desafio ao sistema de crenças e valores relacionado (implicações morais ou éticas da terapia ou intenso sofrimento)

Estratégias ineficazes de resolução individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbalização ou demonstração da inabilidade para resolver problemas ou para pedir ajuda;</li> <li>- Inabilidade para atingir expectativas dos papéis;</li> <li>- Alteração na participação social;</li> <li>- Mudanças nos padrões usuais de comunicação: doenças frequentes;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vulnerabilidade pessoal, distúrbios de autoestima;</li> </ul>
Negação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adiantamento na procura ou recusa de assistência em detrimento a saúde;</li> <li>- Falta de percepção de relevância dos sintomas graves ou do risco pessoal;</li> <li>- Incapacidade de admitir o impacto da doença no padrão de vida;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidade reduzida para enfrentar com eficácia os problemas da vida;</li> <li>- Encorajamento do indivíduo, por pessoas significativas para solucionar os problemas;</li> </ul>
Recusa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportamento indicativo de falha em aderir a terapêutica recomendada (por observação direta ou afirmação do paciente ou de outras pessoas significativas);</li> <li>- Evidência do desenvolvimento de complicações;</li> <li>- Falha do comparecimento das consultas;</li> <li>- Falha na evolução;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistemas de valor do paciente: crenças sobre a saúde, influências culturais;</li> <li>- Relacionamento inadequado estabelecido entre o cliente e o cuidador;</li> </ul>

Conflito de decisão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbalização de incertezas a respeito das escolhas;</li> <li>- Vacilação entre escolhas alternativas;</li> <li>- Verbalização de sentimentos de angústia durante o processo de tomada de decisão;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fontes de informações múltiplas ou divergentes;</li> <li>- Distúrbio de autoestima;</li> </ul>
Distúrbio no padrão de sono	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Queixas verbalizadas de dificuldades para adormecer;</li> <li>- Mudanças no comportamento e desempenho (inquietação e desorientação);</li> <li>- Sinais físicos: - pálpebras caídas, olheira, frequentes bocejos, leve tremor de mão;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteração sensorial internas (doenças, stress), externas (situações sociais);</li> </ul>
Distúrbios da autoestima crónica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbalização negativa sobre si mesmo;</li> <li>- Expressões de vergonha ou culpa;</li> <li>- Autoavaliação como incapaz de lidar com situações-problemas;</li> <li>- Medo de tentar situações novas;</li> <li>- Frequentes faltas de sucesso no trabalho ou em outras situações de vida;</li> <li>- Falta de contato olho-a-olho;</li> <li>- Indecisão;</li> </ul>	
Desesperança	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Passividade;</li> <li>- Afeto diminuído;</li> <li>- Falta de iniciativa;</li> <li>- Appetite diminuído;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prolongada restrição de atividade, favorecendo o isolamento;</li> <li>- Estresse prolongado;</li> </ul>

Potencial para violência: direcionado a si e aos outros	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento de atividade motora, caminhar de um lado para outro, demonstrar excitação, irritabilidade, agitação;</li> <li>- Atos agressivos e manifestos como destruição dirigida a objetos no ambiente;</li> <li>- Fúria;</li> <li>- Desconfiança dos outros, ideia paranoide, desilusão, alucinações;</li> <li>- Abuso de drogas ou isolamento;</li> <li>- Baixa autoestima;</li> </ul>	- Alcoolismo;
Ansiedade	<p>Tensão aumentada;</p> <p>Incerteza, medo, espanto, tagarelice, angústia, nervosismo, tremores, preocupações de novas mudanças em evento de vida, impaciência, inquietação, insônia, voz tremula;</p>	- Ameaça ou mudança no estado de saúde;
Medo	<p>Habilidade para identificar o objeto de medo;</p> <p>Culpa, imaginação aumentada, tremores, palpitações, vergonha;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valores culturais relacionados a doença;</li> <li>- Barreiras de comunicação;</li> </ul>



## **Intervenções NIC**

### **Controle de alucinações**

- Estabelecer uma relação de confiança;
- Manter um ambiente seguro;
- Providenciar um nível de vigilância adequada;
- Registrar comportamentos do paciente, indicativos de alucinações;
- Promover a comunicação clara e aberta;
- Oferecer oportunidades para discussão das alucinações;
- Oferecer ensino sobre a doença ao paciente e pessoas significativas;

### **Redução de ansiedade**

- Usar abordagem segura e calma;
- Buscar compreender a perspectiva do paciente sobre as situações temidas;
- Permanecer com o paciente para promover a segurança e reduzir o medo;
- Encorajar as atividades não competitivas, conforme o apropriado;
- Ouvir atentamente;
- Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo;
- Determinar a capacidade de tomada de decisão do paciente;
- Orientar o paciente quanto ao uso de técnicas de relaxamento;

### **Aumento para a disposição de aprender**

- Oferecer um ambiente isento de ameaças;
- Satisfazer as necessidades básicas do paciente;
- Evitar uso de medicamentos capazes de alterar a sua percepção;
- Aumentar a orientação para a realidade;
- Satisfazer as necessidades de segurança do paciente: proteção, controle e familiaridade;
- Monitorizar o estado emocional do paciente;
- Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e preocupações;
- Auxiliar o paciente a lidar com emoções intensas: ansiedade e raiva;

### **Aumento do sistema de apoio**

- Determinar a adequação das redes sociais existentes;
- Identificar o grau de apoio familiar e financeira da família;
- Determinar as barreiras ao uso de sistema de apoio;
- Encorajar o paciente a participar de atividades sociais e comunitárias;

- Encorajar relações com pessoas que tenham metas e interesses comuns;
- Encaminhar a grupo de auto ajuda;
- Envolver a família nos cuidados e no planejamento das atividades;
- Explicar a família como ajudar;

#### **Assistência de autocuidado**

- Monitorar a capacidade do paciente para autocuidado independente;
- Encorajar o paciente a realizar atividades normais da vida diária, conforme o nível de capacidade;
- Estabelecer rotinas de atividades de autocuidado

#### **Aumento do autoestima**

- Determinar o ambiente do paciente;
- Determinar a confiança que o paciente tem no próprio julgamento;
- Encorajar o paciente a identificar os seus pontos positivos;
- Encorajar o contato olho-a-olho na comunicação com outros;
- Proporcionar experiências que aumentem a sua autonomia;
- Evitar críticas negativas e provocações;
- Transmitir confiança ao paciente para lidar com as situações diárias;
- Auxiliar o estabelecimento de metas realistas para alcançar uma autoestima maior;
- Encorajar uma maior responsabilidade de si mesmo;
- Facilitar um ambiente e atividades que aumentem a sua autoestima;

#### **Assistência de auto modificação**

- Avaliar as razões do paciente para desejar mudar;
- Auxiliar o paciente a identificar uma meta de mudança específica;
- Auxiliar a identificar comportamentos alvo que necessitem mudança de modo a alcançar a meta desejada;
- Avaliar os conhecimentos e habilidades atuais em relacionar a mudança;
- Identificar as estratégias mais eficazes para a mudança;
- Explicar ao paciente a importância do auto monitoramento na tentativa de mudança de comportamento;

### **Facilitação de auto responsabilidade**

- Responsabilizar o paciente pelo próprio comportamento;
- Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções, medos quanto ao fato de assumir responsabilidade;
- Encorajar o paciente a assumir o máximo de responsabilidade pelo próprio autocuidado;

### **Motivação do comportamento**

- Determinar a motivação para a mudança do paciente;
- Auxiliar o paciente a identificar elementos positivos e reforçá-los;
- Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por hábitos desejáveis;
- Apresentar o paciente pessoas ou grupos que tenham enfrentado com sucesso a mesma experiência;
- Reforçar decisões construtivas sobre as necessidades de saúde;

### **Apoio ao cuidador**

- Determinar o nível de conhecimento ao cuidador;
- Monitorizar os problemas familiares relacionados aos cuidados do paciente;
- Monitorizar situações de estresse;
- Oferecer informações sobre a condição do paciente;

### **Apoio a tomada de decisão**

- Informar o paciente sobre o enfoque ou soluções alternativas;
- Servir de ligação entre o paciente e a família;
- Encaminhar a grupos de apoio;

### **Ensino: Processo de doença**

- Avaliar o atual nível de conhecimento;
- Descrever sinais e sintomas comuns da doença;
- Identificar possíveis etiologias;
- Oferecer a família/pessoas significativas informações sobre o estado do paciente;
- Discutir mudanças no modo de vida que podem ser necessária para prevenir as complicações futuras;
- Discutir opções de terapia/ tratamento;

### **Suporte a família**

- Avaliar a reação emocional da família à condição do paciente;

- Nutrir esperança realista;
- Ouvir as preocupações, os sentimentos e as perguntas da família;
- Orientar a família em relação ao local de prestação de cuidados;
- Auxiliar os membros da família a identificar e a resolver os conflitos de valores;

### **Promoção do envolvimento familiar**

- Identificar as capacidades dos membros da família para o envolvimento no cuidado do paciente;
- Identificar as deficiências de autocuidado do paciente;
- Identificar as expectativas da família em relação ao paciente;
- Monitorar a estrutura e os papéis familiares;
- Identificar os fatores entressores de cada um dos membros da família;

### **Assistência do controle da raiva**

- Estabelecer confiança e interação básicas com o paciente;
- Usar uma abordagem calma e segura;
- Determinar expectativas comportamentais apropriadas para a expressão de raiva;
- Limitar as situações frustrantes até que o paciente seja capaz de expressar a raiva de maneira adequada;
- Encorajar o paciente a aceitar a ajuda das equipas multidisciplinar;
- Monitorar o potencial de agressividade inadequada e intervir antes da sua manifestação;
- Prevenir o dano físico caso a raiva esteja voltado a si ou a outros;

### **Aumento da socialização**

- Encorajar maior envolvimento em relações já estabelecidas;
- Encorajar paciência no desenvolvimento de relações;
- Encorajar as relações com pessoas que tenham interesses e metas comuns;
- Encorajar atividades sociais e comunitárias;
- Encorajar a partilha dos problemas comuns com os outros;
- Encorajar o planeamento de atividades especiais por grupos menores;

### **Tratamento do uso de substâncias**

- Estabelecer uma relação terapêutica com o paciente;
- Identificar com o paciente os fatores que contribuem para a dependência química;
- Encorajar o paciente a assumir o controle do próprio comportamento;
- Auxiliar as famílias a reconhecerem que a dependência química é uma doença familiar;
- Determinar quais as substâncias usadas;
- Discutir com o paciente o impacto do uso de substância para a sua saúde;
- Auxiliar o paciente a identificar os efeitos negativos de dependência química sobre a saúde, a família e o funcionamento diário;
- Oferecer apoio à família ou pessoas significativas;
- Identificar grupos de apoio na comunidade para o tratamento de abuso de substâncias à longo prazo;

## **CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DE DADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

#### **4.1- Discussão de Dados**

Com a preocupação com este problema de saúde pública que acomete várias famílias em toda a sua extensão, surge este trabalho, com a seguinte pergunta de partida: Quais as intervenções de enfermagem perante as complicações do alcoolismo na família?

Tendo por objetivo geral: identificar as intervenções de enfermagem perante as complicações do alcoolismo na família e objetivos específicos: i) identificar as complicações do alcoolismo na família; ii) descrever as atitudes dos enfermeiros na abordagem do doente alcoólico; iii) mostrar a importância da família na recuperação e reinserção do indivíduo alcoólico, e iv) traçar as intervenções de enfermagem relativas ao caso em estudo.

No que se refere ao primeiro objetivo específico, identificar as complicações do alcoolismo na família, as informações recolhidas apontam para perturbações na harmonia e no equilíbrio familiar marcados por conflitos familiares e violência verbal, problemas financeiros, conflitos conjugais e sofrimento nos momentos de recaídas por parte dos familiares.

Estes dados estão em consonância com as consequências do alcoolismo na família mencionados no corpo do trabalho e descritos por Melani e Laranjeira (2004), Ulhoa (2010), Schmidt (2010), Costa (2004), Hintz (2002), Mello e colaboradores (2001), e Barros (2003).

Relativamente ao segundo objetivo específico, as atitudes dos enfermeiros na abordagem do doente alcoólico foram descritos com base na revisão da literatura, associados a sentimentos negativos, como: medo; pena; raiva; e desconforto (Campos, 2000; Vargas, 2008; Barros, 2003; e Pilon, 2005).

No entanto, as informações oferecidas pelo sujeito identificado neste estudo, não são reveladoras de tais sentimentos, na medida em que refere ter recebido bom tratamento dos profissionais de saúde, destacando particularmente o enfermeiro com quem dividiu a maior parte do tempo durante os internamentos.

Em relação ao terceiro objetivo, a importância da família na recuperação e reinserção do indivíduo alcoólico, os dados recolhidos são reveladores do quanto a família é uma mais-valia na tomada de decisões e um incentivo para a mudança comportamental. Neste estudo a família revelou esforços e motivação para auxiliar na resolução do problema sentido por todos e este suporte familiar não só é percebido pelo sujeito identificado como é reconhecido e descrito como incondicional e razão do engajamento no tratamento.

Estes resultados igualam-se aos postulados de Sena (2011), Carlos (2005), Edwartz, Marshall e Cook (1999) e Silva (2006).

No que tange ao último objetivo, identificar as intervenções de enfermagem relativas ao caso em estudo, foram delineadas todas as possíveis intervenções, consoante as necessidades apresentadas, no sentido de ajudar a família a alcançar níveis mais favoráveis de qualidade de vida. Para tal, recorreu-se aos Diagnósticos NANDA (cf. pág. 58-63) e intervenções de NIC (cf. pág.64-68). Ademais, salienta-se outros diagnósticos e intervenções de Gonçalves e Miano, (2008) (cf. pág. 32), que por sua vez, estão presentes em todos os alcoólicos.

Outro aspeto importante encontrado ao longo do estudo, são as repercussões do alcoolismo à outros níveis, relatados no questionário DrInc – 2L, especialmente nas áreas intra e interpessoal onde os prejuízos do beber atingem valores mais significativos. Na área interpessoal enfoca o impacto do beber na perda de amigos e ações confusas quando embriagado enquanto que na área intrapessoal enfoca a infelicidade por causa da bebida, sentimentos ruins, experiência de mudança de personalidade e interferência no crescimento pessoal.

Pillion (2014, p. 340) descreve que as relações intrapessoais e interpessoais são os principais fatores de risco do consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Porém, neste estudo parece que podem ser consequências do alcoolismo.

Outro aspeto a considerar relatado nas entrevistas com a esposa e a filha são os problemas financeiros e a ameaça da perda do emprego. O consumo exagerado de álcool pode eventualmente gerar má gestão dos recursos ou gastos excessivos no consumo de bebidas alcoólicas quando o dinheiro poderia ser útil para usos de primeira necessidade, confluindo em problemas financeiros.

Estas constatações foram evidenciadas por Fleming (1995) e Oliveira (2009, p. 94) que encontram correlações significativas entre o consumo e a elevada taxa de desemprego.

Salienta-se o fato de ser necessário considerar a motivação para a mudança para que essa seja efetiva. Neste estudo, conforme os valores apresentados no SOCRATES e URICA verifica-se um predomínio significativo na fase acção (escores de 31 e 35, respetivamente). Estes resultados, sugerem que o sujeito encontra-se envolvido na mudança do comportamento alcoólico.

No entanto, percebe-se a dificuldade em manter as mudanças conseguidas por longos períodos após o abandono dos tratamentos. Sobre as recaídas Oliveira (2009, p. 13) refere que



tendem a ocorrer se não houver um tratamento subsequente a abstinência para proporcionar a aquisição de habilidades de prevenção.

Daí, a necessidade dos cuidados continuados e domiciliares de uma equipa multidisciplinar (Palma, Barras e Macieira, 2000, p. 49 e, Townsend, 2009, p. 800).

Por fim, outro aspesto evidenciado nas informações recolhidas prende-se com a negação face ao diagnóstico. O alcoolismo é uma doença encarada ainda com muitos preconceitos por parte da sociedade e com muita vergonha por parte dos dependentes e seus familiares, o que leva a negação do diagnóstico por parte do alcoólico.

Oliveira (2009, p. 57) explica que a fase da negação acontece com quase todos os alcoólicos, e só tardiamente assumem a sua dependência e consequentemente a necessidade de tratamento.

Com o intuito de facilitar a aceitação do diagnóstico, a adesão ao tratamento, a manutenção das mudanças e melhorar a qualidade de vida da família que participou neste estudo, fez-se encaminhamento do sujeito identificado para atendimento psicológico, tendo-se verificado recusa.

## 4.2- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração deste trabalho pôde-se perceber que o alcoolismo é um problema emergente que afeta não só o indivíduo, mas todos à sua volta, principalmente os familiares. É importante conhecer as complicações decorrentes do alcoolismo em todas as esferas da vida dos indivíduos acometidos para escolher o melhor método para ajudá-los.

No entanto, do ponto de vista do tratamento, fica claro que, para melhores resultados, uma equipa multidisciplinar é fundamental e a inclusão da família no tratamento do alcoólico traz resultados positivos tanto para a reinserção social do indivíduo acometido como para os seus membros que adoece a medida que o elemento alcoólico adoece.

Do ponto de vista da assistência de enfermagem, percebe-se que as estratégias interventivas perante as complicações do alcoolismo na família são vastas, podendo-se destacar o trabalho educativo do paciente e da família com vista orientá-los sobre o processo do alcoolismo (fornecimento de informações sobre a doença, incluindo todas as suas possíveis complicações, alternativas de tratamento, riscos e benefícios); apoio na tomada de decisão quanto a questões relacionadas com o tratamento e o processo de doença; escutar os medos e as angústias do utente e da família a fim de reduzir a ansiedade sentida; motivação do comportamento de mudança de hábito alcoólico; promoção do envolvimento familiar; suporte à família e apoio ao cuidador; promoção do autocuidado e facilitação da auto responsabilidade; encaminhamentos para profissionais de outras áreas e recursos comunitários, no sentido de aumentar o sistema de apoio; visitas domiciliares para a continuidade dos cuidados; reabilitação e prevenção da recaída.

Todas estas intervenções com as dos profissionais de outras áreas, como referido anteriormente, têm custos elevados. Por isso, acredita-se que a prevenção é o melhor caminho.

A enfermagem têm também um papel proactivo na prevenção do alcoolismo e as estratégias preventivas devem ser dirigidas à toda população sendo as crianças os alvos mais importantes.

No decorrer deste estudo encontrou-se algumas limitações, nomeadamente na busca de uma família que quisesse colaborar na pesquisa, limitações na recolha de dados, pois, nem sempre o sujeito identificado do estudo de caso esteve em condições de participar por estar sob efeito de álcool.

Outra limitação foi a transcrição das entrevistas crioulo – português. E, acima de tudo limitações em termos de inexperiência no campo de investigação científica. Mesmo assim conclui-se que este trabalho pôde atingir os objetivos e responder a pergunta de partida. Deste modo, espera-se que possa contribuir para fortalecer as áreas teóricas e prática de Enfermagem e abrir caminhos para novos estudos.

### 4.3- Recomendações

As recomendações que aqui se deixam são relativas à investigação e à prática.

#### Recomendações para estudos futuros:

- Que sejam feitos estudos epidemiológicos que alcancem diferentes segmentos populacionais.
- Que em estudos futuros as causas do alcoolismo sejam exploradas, na medida em que o conhecimento das causas permitem atacar a origem do problema.
- Que se explorem a relação entre o alcoolismo e outras variáveis como as socioeconómicas, no sentido de permitir sistematizar os fatores de risco que se crê fundamental para as intervenções de prevenção primária.
- Que se estudem as atitudes dos enfermeiros na assistência ao doente alcoólico.

#### Em termos mais prático, as recomendações vão no sentido de:

- Reforçar os programas escolares relativos a educação para a saúde em matéria do alcoolismo.
- Incluir ao currículo das Escolas Básicas e Secundárias, nos diferentes anos letivos, o estudo do alcoolismo em toda sua extensão.
- Reforçar as medidas de combate ao alcoolismo existentes, principalmente as de prevenção primária e de diagnóstico precoce do alcoolismo de modo a minimizar o aumento do número de alcoólicos.
- Fiscalizar rigorosamente as leis exigentes sobre a venda de álcool à menores de 18 anos e álcool e condução.

- Dirigir regularmente campanhas de educação e sensibilização à problemática do alcoolismo à toda população, a iniciar na idade pré-escolar.
- Incentivar a recriação de grupos auto-ajuda para a recuperação do dependente de álcool e a criação de grupos de auto-ajuda para as famílias no sentido de partilharem suas experiências, alargarem o grupo de suporte e aumentarem sua resiliência.
- Reforçar o trabalho comunitário de equipas multidisciplinares no sentido de oferecer a continuidade dos cuidados aos alcoólicos e suporte aos familiares.

Em termos práticos, as recomendações para a Universidade do Mindelo vão no sentido de:

- Aprofundar o tema alcoolismo e intervenções de enfermagem nas disciplinas do plano curricular do curso de licenciatura em Enfermagem de modo que os discentes sejam mais capazes de abordar e intervir neste problema social e público;
- Criar programas escolares virados à assistência de pessoas com dependência alcoólica, à semelhança do projeto “adotar um idoso”.
- Incorporar no plano de ensino clínico nas Urgências e Serviço de Medicina o trabalho com um doente alcoólico e posterior realização do jornal de parede de modo que os estudantes alarguem suas competências em matéria de assistência com indivíduos alcoólicos.
- Participar e/ou organizar eventos de luta contra o uso abusivo de álcool e alcoolismo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aliane, P.P; Lourenço, L.; Ronzani, T.M. (2006). *Estudo Comparativo das Habilidades Sociais de Dependentes e não Dependentes de Álcool*. Psicologia em Estudo. Maringá, vol. 11, n. 1, pag. 83-88. Janeiro – Abril.
- Alves V.S, Nunes M.O. (2006). *Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no programa de saúde da família*. Interface, Botucatu.
- Ângelo, M. (1997). *A família em tempos difíceis uma perspectiva de enfermagem*. [Livre docência] São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.
- Araújo, M.R. (2007). *Álcool e drogas na sala de emergência*. Revista mensal n.2, Brasil, São Paulo.
- Atkinson, L. D; Murray, M.E. (1989). *Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Barros, J.F.V; (2003). *Metodologia da assistência de Enfermagem desenvolvida com pacientes do programa de atendimento ao alcoolista*. Brasil Psiquiatria 49 (7), 247-54.
- Barros, M.P. (2006). *Os profissionais do programa de saúde da família frente ao uso e abuso de drogas, dissertação de mestrado*. Universidade de São Paulo, retirado em 16-1-2015, 21:16.
- Caldas, M.T; (2000). *A família e o alcoolismo*. Revista simpósio. Abramovay, M. Castro, M.G Drogas na escola, Brasília: edições: Unesco 123 – 43.
- Campos C.E.A; (2000). *O desafio da integralidade segundo as perspectiva da vigilância da saúde e da saúde de família*. Revista ciências sociais coletiva v.8 n.2.
- Campos E.A; (2004). *As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex - bebedores os alcoólicos anônimos*. Cad. Saúde publica rio de janeiro, v. 20.
- Carlos P.R; (2005). *Perfil de hipertensos em núcleo de saúde da família*. Arq. Ciência de saúde. 15 (4):176/81.

- Carpenito, Lynda, (1997). *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica*. 6ª Edição, Porto Alegre, Lusodidata.
- Carvalho, A. (2002). *As bebidas alcoólicas em Portugal. Relatório de primavera 2002 de observatório português dos sistemas de saúde*. Escola nacional de saúde pública.
- Catarina. Departamento de Enfermagem, grupo de assistência. *Pesquisa e Educação na Área de Saúde da Família*. Florianópolis. SC. Revista Brasileira, Brasília, 62 (3): 407-16.
- Collière, M.F (2003) – Cuidar... *A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência, 440 p. ISBN 972-8383 – 53-3.
- Conselho de Enfermagem (2001). *Divulgar padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, enunciados descritos pela ordem dos enfermeiros*, disponível em [www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt).
- Costa, J. S. D. (2004). *Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 284-291.
- Dencker, Ada de Freitas M (2001). *Pesquisa Empírica em Ciências Humanas*. São Paulo: Futura.
- Diaz, S.O. (2007). *Otimização de Processos de Prestadores de Cuidados de Saúde*. Departamento de Física, Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra.155 pág.
- Duncan, B.B; (2004). *Medicina ambulatoria: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, Cap. 56, p. 539-550.
- Duarte, R. (2004). *Entrevistas em pesquisas qualitativas*. Educar, Curitiba. N. 24, p. 213-25. Editora UFPR.
- Edwartz, G; Marshall, E. Jane; Cook, Christopher C. H. (1999) – *O Tratamento do Alcoolismo: um guia para profissionais da saúde*. 3ª Ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda. ISBN: 85-7307-469-8.

- Edwartz G. (2005). *O Tratamento do Alcoolismo*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, Cap. 3-6, 16.
- Facó, V.M.G. & Melchiori, L.E. (2007). *Conceito de família: adolescentes de zonas rurais e urbana*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 222 p. ISBN 978-85-98605-99-9. Avaliação para Scielo.
- Ferreira, A.B; (1986). *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2 Ed. Rio de Janeiro e nova fronteira, p. 1838.
- Ferreira, L.B; Torrecilha, N. e Machado, S.H.S. (2012). *A técnica de observação em estudos de administração*. Rio de Janeiro. Brasil.
- Figlie, N.B; Dunn, J; Laranjeira, R. (2004). *Estrutura fatorial da Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES), em dependents de álcool tratados ambulatoriamente*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 26 (2): 91-9. Universidade federal de São Paulo.
- Fleming, Manuela (1995) *Família e Toxicodependência*. Porto: Edições Afrontamento. ISBN: 972-36-0396-9.
- Fortin, M. F.; Côte, J. e Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Processos de Investigação*. 1º Edição. Loures, Lusodidata.
- Gameiro, Aires (1979). *Depender do álcool: considerados simples para quem ajuda e para quem é ajudado*. 3ª Ed. Telhal: Edições “O Arauto”.
- Gigliotti, A. & Bessa, M.A. (2004). *Síndrome de dependência do álcool: critérios de diagnósticos*. Revista brasileira de psiquiatria, São Paulo, v. 26.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. 4ª Edição. Erca Editora e Gráfica. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Gonçalves, F.D & Miano K.C, (2005). *Alcoolismo de Enfermagem para uma família*. Monografia, Universidade Paulista. São Paulo.
- Ismail, F. (2002). *Álcool benigno, Álcool maligno*. Monografia, Universidade de Porto âmbur.



- Haes, T. M; Clé, T.C; Nunes, D.V; Roriz-Filho, T.F; Moriguti, J.S. (2010). *Álcool e sistema nervoso central. Condutas em enfermagem de clínica médica de hospital de média complexidade* - Parte 1Capítulo VI. Medicina (Ribeirão Preto), 43 (2): 153-63.
- Heckmann, W. & Silveira, C.M. (2014). *Dependência do álcool: aspetos clínicos e diagnósticos*. Revisão de literatura. Monografia de licenciatura, na universidade, Ribeirão Preto.
- Hepetian, Isabel (1997). *Famílias: entender a toxicodependência*. Lisboa: Editorial Verbo. Depósito Legal nº 113056/97.
- Hesbeen, W. (2000) – *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva do cuidar*. Lusociência. Loures.
- Hintz HC. (2002). *Prevenção das dependências químicas: o papel da família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, Cap. 2. Pág. 15-43.
- Instituto Nacional de Estatísticas, Ministério de Saúde e OMS, (2007). *Mulheres e Homens em Cabo Verde, Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva*.
- Laranjeira, R. Nicastri, S. Jerônimo, C. Marques, A.C. (2000). *Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool, (SAA) e o seu tratamento*. Revista Brasil Psiquiatria; 22(2):62-7.
- Lemos, F. (2012). *Alcoolismo: vida e saúde*. Tatuí, São Paulo. Revista mensal, n.2, pág. 10-12.
- Lepre, R.M. (2009). *Uso abusivo de bebidas alcoólicas por adolescentes*. Bauriu, vol. 19, n. 42, pág. 39-45.
- Maciel, C. & Kerr- Correa, F. (2010). *Complicações psiquiátricas do uso crônico do álcool: síndrome de abstinência e outras doenças psiquiátricas*. Titular de psiquiatria da faculdade de medicina de Botucatu, Unesp, CP 540, 18618-970, São Paulo.
- Macieira, M.S. (1999). *A atividade da Enfermagem no atendimento ao dependente de álcool*, *Enfermagem*, São Paulo, 2 (13). 6 -7.

- Martins, A.J.P. (2007). *Alcoolismo. A pessoa alcoólica e a sua rede de relações*, instituto superior de ciências do trabalho e da empresa departamento de sociologia. Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Família e Sociedade.
- Marques, ACP; Ribeiro, M. (2002). *Abuso e dependência de álcool*. Projeto de diretrizes, associação Medica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.
- Mello, M.L.M. (2013). *O álcool e o alcoolismo - noções elementares destinadas a informações escolares*. Álcool, Alcoolismo e Alcoolização. 3 Edição Praia: Associação. A ponte.
- Mello, M.L; Barrias, J; e Breda, J. (2001), *Álcool e problemas ligadas ao Álcool*. Portugal, Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Mello, Maria Lucília Mercês de (1997) – *O alcoolismo em Portugal – alguns dados Gerais*. Informação sobre o álcool e seus riscos. Lisboa: Comissão de combate ao alcoolismo.
- Melo, P.F; e Paulo, M.A.L. (2012). *A importância da família na recuperação do usuário de álcool e outras drogas*. Saúde coletiva em debate, 2 (1), 41-51.
- Mello, Maria L. M (1988) – *O alcoolismo em Portugal – alguns dados gerais*. Em Informação sobre o álcool e seus riscos. Lisboa: Comissão de combate ao alcoolismo.
- Meloni, J. N; Laranjeira, R. (2004) *Custo social e de saúde do consumo do álcool*. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 26, Supl. 1, p. 7-10.
- Minayo, M.C.S. (2006). *Violência e saúde*. Rio de Janeiro. Editora fio cruz. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria. Rio e Janeiro, v. 17, n. 3, p. 107-114.
- Ministério de Saúde. (2003). Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde Coordenação Nacional DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério de Saúde.
- Morreti-Pires, R.O; Corrade-Webster, C.M; (2011). *Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), para população de ribeirinha do interior da Amazônia*. Cad. Saude Publica, Rio de Janeiro, Brasil, 27 (3):497-509.

- Nascimento, E.C; Justo, J.S; (2000). *Vidas errantes e alcoolismo: uma questão social*. Psicologia Reflexão Crítica. 13 (3), 529 – 538.
- Nogueira, M.B. (2007) *A Família: Conceito E Evolução Histórica E Sua Importância*. Curso de Direito das Faculdades Jorge Amado -Salvador/Bahia. Disponível: <[http://www.pesquisadireito.com/a\\_familia\\_conc\\_evol.htm](http://www.pesquisadireito.com/a_familia_conc_evol.htm)>.
- Noto, A. R; Carlini, E. (1995). *As Internações hospitalares provocadas por drogas: análise de sete anos consecutivos (1987-1993)*. Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria. Rio e Janeiro, v. 17, n. 3, p. 107-114.
- OMS, (1992). *Classificação Internacional das doenças*. CID-10 – OMS, Genebra 1992.
- OMS, (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*, OMS, Genebra 2004.
- Oliveira, B.P. (setembro 2009). *Alcoolismo vivência familiar de uma doença social*. Porto (faculdade de letras da universidade do porto, departamento de sociologia).
- Oliveira, M.S; (2003). *Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do Álcool*, Psicologia: reflexão e crítica, 16 (2). Pp 265-270.
- Palma, M; Barros, J.F.V; & Macieira M.S; (2000). *Visita domiciliar: um instrumento na assistência de Enfermagem ao paciente alcoolista*. J. Brasil Psiquiátrica. 49 (8), 287 – 292.
- Perreira, A.P.S; Teixeira, G.M; Bressan, C.A.B; e Martini, J.G. (2009). *O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família*. Universidade Federal de Santa.
- Pillon, J.S. (2005). *O que acontece com os pacientes dependentes de álcool e drogas que desaparecem das primeiras consultas*. Brasil, psiquiatria, 49 (8):271-5.
- Pillion, S.C; Santos, M.A; Florido, L.M; Cafer, J.R; Ferreira, S.P; Scherer, Z.A.P; Marchini, G.P.O. (2014). *Consequências do uso de álcool em mulheres atendidas em um centro de atenção Psicossocial*. Revista Eletrônica de Enfermagem. 16 (2):338-45.

- Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. (2012-2016). *Saúde: um compromisso do Estado, Responsabilidade de todos*. Volume I, Versão final, Praia, Dezembro de 2012.
- Prado D. (1995). *O que é família?* São Paulo: Brasiliense. Monografia em Licenciatura Faculdade Tecsoma, Curso de graduação em enfermagem, retirado em 23-04-2015, 92 pág.
- Pronanof, C. e Freitas, H. (2013). *Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*, 2ª edição, Associação Pró Ensino Superior em Novo Hamburgo – ASPEUR, Universidade Feevale.
- Pinsky, I. & Filho, R.V.P. (2007). *A apologia do consumo de bebidas alcoólicas e da velocidade de trânsito no Brasil*. Revista de psiquiatria do rio grande do sul, vol. 29, n. 1 Pág. 110-118.
- Quivy, R. e Campenhoudt Luc Van, (1998), *Manual de Investigação em ciências Sociais*. 2ª Edição, Gradiva Publicações.
- Ribeiro, A.V.L. (2010). *Alcoolismo no contexto laboral*. Universidade Jean Piaget de Cabo Verde. Monografia em Licenciatura.
- Schmidt, P.M. S. (2010). *Avaliação do equilíbrio em alcoólicos*. Brasil. São Paulo v. 76, n.2 pág. 316 – 320.
- Sena
- , E.L.S; (2011). *Alcoolismo no Contexto Familiar: Um Olhar Fenomenológico*. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, vol. 20, n. 2, p. 310-318. Abril/Junho.
- Silva, F.A. (2008). *Diagnósticos e intervenções de Enfermagem para portadores de cirrose hepática, utilizando a CIPE*. Dissertação em mestrado, Hospital Universitário Lauro Wanderley.
- Silva, D.P.A. (2006). *Relação enfermeiro doente alcoólico*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, retirado em 01-4-15-00:50.

- Silva, C.J; Laranjeira, R; (2000). *Unidade de pesquisa em Álcool e Drogas - Departamento de psiquiatria*. Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina.
- Townsend, Mary (2009). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica*. 6ª Edição, Loures, Lusociência.
- Ulhoa, F.A.R. (2010). *Consumo de bebidas alcoólicas nas famílias, cadastrados no programa de saúde da família*. Chapadinha no Município de Paracatu – M.G. monografia de licenciatura, Faculdade Tecsoma, Curso de graduação em enfermagem, retirado em 23-04-2015, 20:34.
- Vaillant GE. (1999). *A história natural do alcoolismo revisitada*. Tradução de Bartira S. C. da Cunha e José A S. dos Santos. Artes Médicas Sul. Monografia de Licenciatura na Universidade de Porto Alegre, (RS).
- Vargas. L (2005). *Atitudes dos Enfermeiros perante o doente alcoólico*. Dissertação/relatório final, mestrado em Enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Escola de Saúde em Viseu.
- Vargas, L. (2008). *Atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico*. Dissertação relatório final de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria na Escola de Saúde em Viseu.
- Vargas, D.& Soares, J. (2011). *Atitudes de Enfermagem frente ao alcoolismo: revisão de literatura*. Universidade de São Paulo 16 (2) 340- 347.
- Watson, J. (2002) – *Enfermagem Pós – Moderna e Futura: um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência, 299 p. ISBN 972-8383-37-1.
- William, R; Miller, P.D; Scott. J; e Tonigon P.D. (1995). *The Drinker Inventory of consequences (DrInc)*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Project match. Monograph series. Volume 4.
- Wright L.M; & Leahey M; (2002). *Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação de Intervenção na família*. 3. Ed. São Paulo: Rocca; 327 pág.

## **APÊNDICES**

## **Apêndice i - Guião de Entrevista - para o Alcoólico**

### **1- Identificação**

Nome

Idade

Estado civil

Escolaridade

Profissão

Número de filhos

Naturalidade

Sexo

### **2- Perceção do Alcoolismo**

- 1- Quando teve o seu primeiro contacto com o álcool?
- 2- Porque é que consumiu pela primeira vez?
- 3- Como se sentiu após o consumo?
- 4- Qual foi a primeira substância a ser consumida?
- 5- Qual era a frequência do consumo?
- 6- Descreve a situação do primeiro consumo
- 7- Pessoas próximas que consumiam álcool na altura do seu primeiro contacto?
- 8- Considera o alcoolismo uma doença?
- 9- Tem noção do poder nocivo do álcool para sua saúde e para a sua vida?

### **3- Busca de tratamento/consequências do alcoolismo**

- 1- Já buscou ajuda para tratar o alcoolismo? Quando, onde e que tipo de apoio procurou?
- 2- Já esteve alguma vez internado por consequência do alcoolismo? Quando e onde?
- 3- O que significou para si os internamentos?
- 4- O que pensa das atitudes dos enfermeiros em relação ao alcoolismo?
- 5- Alguma vez já pensou deixar de consumir bebidas alcoólicas?
- 6- O que fez para deixar de consumir?
- 7- Tem alguma crença em relação ao alcoolismo?

### **4- Conhecimento do alcoolismo**

- 1- Quando teve conhecimento que era alcoólico?
- 2- Quais foram as suas reações?
- 3- Mudou as suas relações com os seus amigos, familiares, colegas de trabalho e com o próprio trabalho?

#### **5- Relacionamentos**

- 1- Como reagiram os seus familiares depois de perceberem que era alcoólico?
- 2- Sente-se discriminado pela sua família e outras pessoas?
- 3- Sente que é aceito dentro da sua família?
- 4- Tem apoio da família ou incentivo para mudar o comportamento alcoólico?

#### **6- Consumo atual**

- 1- Relata o seu dia-a-dia de consumo?
- 2- Quantas vezes consome por dia?
- 3- O que consome?
- 4- Se arrependeu de consumir?
- 5- Até que ponto o comportamento alcoólico atrapalha as suas atividades de vida diária?



## **Apêndice ii - Guião de Entrevista - para os Familiares do Alcoólico**

- 1 - Qual o significado do alcoolismo para si?
- 2 - Como vivencia a situação do alcoolismo no seio da família?
- 3 - Considera que há algum motivo aparente por que o Sr. P, consome álcool em excesso?
- 4 - Considera que houve mudanças na família com a situação de alcoolismo vivido?
- 5 - Que mudanças ou quais as complicações sentidas?
- 6- O que tem feito para resolver a situação?
- 7 - Acha que precisa de ajuda/apoio para resolver?
- 8 - De quem espera a ajuda?

### **Apêndice iii - Termo de Consentimento Informado**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

No âmbito da conclusão do curso de Licenciatura em Enfermagem pela Universidade do Mindelo, Stefan Manuel Almeida de Brito, pretende realizar uma investigação intitulada **Complicações do Alcoolismo na Família: Intervenções de Enfermagem**, sob a orientação da Professora Mestre Denise Oliveira Centeio.

A pesquisa tem por objetivo identificar as intervenções de enfermagem face às complicações do alcoolismo na família. Para isso, pretende-se recolher dados junto à uma família que vivência o fenómeno do alcoolismo.

A participação no estudo é voluntária e é livre de abandoná-lo em qualquer momento, se assim desejar. O anonimato é garantido e as informações serão gravadas em áudio. Porém toda a informação prestada será mantida em confidencialidade durante e após o estudo.

A participação consiste em responder algumas questões, podendo essas serem respostas verbal ou escritas. sua tarefa consiste em assinar uma ficha de consentimento informado e responder as questões colocadas.

Não se conhece as desvantagens que esta pesquisa pode acarretar mas certo de que a sua sincera participação permitirá melhorar as intervenções de enfermagem.

Há possibilidade de oferecer apoio psicológico para uma mudança comportamental.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui informado sobre a pesquisa e que compreendi a natureza do estudo e autorizo minha participação, assim como a publicação dos resultados.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para mais informações, contacte o investigador: Telemóvel: 9746497

## **ANEXOS**

# Anexo i – Questionário de Hábitos de Bebidas

**Questionário de Hábitos de Bebida**  
(J. Pinto Gouveia e Fernando Duarte, 1995)

1- Nome: \_\_\_\_\_ Idade: 51 Sexo: 07

2- Data de Nascimento: 7/08/1964

3- Estado civil actual:

- 1- Solteiro
- ☒ 2- Casado
- 3- Divorciado
- 4- Viúvo
- 5- Outro

4- Nº de filhos: 3

5- Profissão do pai: Cauduto 5.1- Profissão da mãe: Dançarina

6- Modo como vive:

- 1- So
- 2- Com companhia (durante pelo menos um ano), mas não legalmente casado
- 3- Em casa própria com cônjuge e/ou filhos
- 4- Em casa dos pais ou dos filhos
- 5- Em casa de outros familiares colaterais
- 6- Partilhando a casa com outros familiares ou amigos
- 7- Residente numa instituição de tratamento
- 8- Outra, especifique: Em casa própria com cônjuge / Filhos e genro e nora

7- Profissão: Técnico; note

7.1- Profissão actual: Técnico na empresa Técnica

7.2- Tempo de permanência neste emprego: 12 Anos

7.3- Nº de empregos anteriores: Trab. em SA Quais: \_\_\_\_\_  
numa empresa de \_\_\_\_\_  
família \_\_\_\_\_

8- Escolaridade:

Anos de escolaridade: 12 com Formacao na escola Técnica

**9- História e desenvolvimento dos hábitos de bebida:**

9.1- Que idade tinha quando bebeu pela primeira vez? 20 Anos

9.2- Onde bebeu pela primeira vez?

- 1- Em casa
- 2- Na escola
- 3- No emprego
- 4- Num bar
- 5- Em casa de familiares
- ☒ 6- Num convívio / casa de amigos
- 7- Outro, especifique: \_\_\_\_\_

9.3- A primeira vez que bebeu foi:

- 1- Oferecido pelos pais ou familiares
- ☒ 2- Entusiasmado por amigos
- 3- Experimentou por si próprio
- 4- Outro, especifique: \_\_\_\_\_

9.4- Que idade tinha quando começou a beber regularmente? 26

9.5- Alguma vez se embriagou, isto é, em que ficasse com a voz empastada ou se sentisse desequilibrado?

0- Não

1- Sim ☒

9.6- Que idade tinha quando se embriagou pela primeira vez? 30

9.7- Em que situação é que aconteceu? "Festa de malta", Recreio com velhos amigos.

Equivalência de bebidas

Fortes: uma medida = 1 bebida  
Cerveja: Garrafa/ lata = 1 bebida  
Caixa = 24 bebidas  
Vinho: Copo = 1 bebida  
Garrafa = 6 bebidas

9.8- Na sua família quem bebe diariamente? E que quantidade? (sublinhe)

Quantidade/ Dia

1- Ninguém	1 bebida	2 a 3 bebidas	4 a 6 bebidas	6 ou mais bebidas
2- A mãe	1 bebida	2 a 3 bebidas	4 a 6 bebidas	6 ou mais bebidas
3- O pai	1 bebida	2 a 3 bebidas	4 a 6 bebidas	6 ou mais bebidas
<u>4- Os irmãos</u>	1 bebida	2 a 3 bebidas	4 a 6 bebidas	6 ou mais bebidas
5- Os avós	1 bebida	2 a 3 bebidas	4 a 6 bebidas	6 ou mais bebidas
6- Os tios	1 bebida	2 a 3 bebidas	4 a 6 bebidas	6 ou mais bebidas

7- Outros, especifique: \_\_\_\_\_

9.9- Acha que algum dos seus familiares bebe demais? Se sim, quem? (sublinhe)

1- Ninguém

2- A mãe

3- O pai

4- Os irmãos

5- Os avós

6- Os tios

7- Outro, especifique: O irmão

9.10- Algum dos seus familiares é ou foi alcoólico?

0 Não

1- Sim

Se Sim, quem? (especifique): \_\_\_\_\_

9.11- Algum dos seus familiares já pediu ajuda (médica, psicológica ou outra), devido a problemas com a bebida?

0 Não

1- Sim

Se Sim, quem? (especifique): \_\_\_\_\_

9.12- Algum dos seus familiares foi hospitalizado devido a problemas de bebida?

0 Não

1- Sim

Se Sim, quem? (especifique): \_\_\_\_\_

9.13- Algum dos seus familiares frequentou reuniões de Alcoólicos Anônimos?

0 Não

- 1- Sim  
Se Sim, quem? (especifique): \_\_\_\_\_
- 9.14- Alguém na sua família já fez tratamento para o alcoolismo?  
☒ 0- Não  
☐ 1- Sim  
 Se Sim, quem? (especifique): \_\_\_\_\_
- 9.15- A maioria dos seus amigos ou companheiros bebem habitualmente?  
☐ 0- Não  
☒ 1- Sim
- 9.16- Tem algum amigo ou companheiro que habitualmente bebe demais?  
☐ 0- Não  
☒ 1- Sim
- 9.17- Os seus amigos ou companheiros embebedam-se com frequência?  
☐ 0- Não  
☒ 1- Sim

**10- Consumo habitual de bebida**

- 10.1- Com que frequência consome bebidas alcoólicas:  
☒ 1- todos os dias  
☐ 2- 1 a 2 vezes por semana  
☐ 3- 3 a 4 vezes por semana  
☐ 4- 1 a 2 vezes por mês  
☐ 5- 1 a 2 vezes por ano  
☐ 6- Só ao fim de semana/ feriado  
☐ 7- Só em férias  
☐ 8- Nunca (Se assinalou esta resposta termine aqui este questionário)

- 10.2- Quando bebe, que quantidade costuma beber?  
☐ 1- 1 bebida  
☒ 2- 2 a 3 bebidas  
☐ 3- 4 a 6 bebidas  
☐ 4- 6 ou mais bebidas

- 10.3- Tendo como base o seu consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 6 meses, quantas bebidas padrão habitualmente (dos diferentes tipos) consome diariamente, numa semana?

(Registar na coluna abaixo)

Dia da Semana	Cerveja Nº de Bebidas	Vinho Nº de Bebidas	Bebidas Fortes Nº de Bebidas
Segunda	1		
Terça	1	2	
Quarta			
Quinta			
Sexta	1	2	2
Sábado	1		1
Domingo			1

- 10.4- Qual o número máximo de bebidas que habitualmente consome nas situações em que bebe excessivamente? 6 bebidas

- 10.5- Qual é a maior quantidade de bebidas alcoólicas que alguma vez bebeu, num período de 24 horas? nos últimos 24 horas

- 10.6- Quantos episódios de bebida excessiva teve nos últimos 6 meses? varios

- 10.7- Com que intervalo de tempo ocorreram esses episódios? numa hora

- 10.8- Qual foi a duração de cada episódio(s)? dias 3/4

10.9- Quantos episódios de bebida excessiva teve no último mês? 2

**11- Abuso e Dependência**

11.1- Quando bebe é capaz de regular ou controlar a quantidade de bebida?

- 1- Sempre
- 2- Frequentemente
- 3- Algumas vezes
- ☒ 4- Raramente
- 5- Nunca

11.2- Alguma vez sentiu que devia diminuir o consumo de bebidas?

- 0- Não
- ☒ 1- Sim

11.3- As pessoas aborrecem-se ou criticaram o seu consumo de bebidas?

- 0- Não
- ☒ 1- Sim

11.4- Se Sim, quem?

- ☒ 1- Família
- 2- Amigos
- 3- Médicos
- ☒ 4- No trabalho

11.5- A bebida já lhe causou problemas?

- 0- Não
- ☒ 1- Sim

11.6- Se Sim, onde e com quem?

- 1- Na escola
- ☒ 2- No trabalho
- 3- Na condução
- 4- Com a justiça
- ☒ 5- Com os amigos
- ☒ 6- Com a família
- 7- Outros (especificar): \_\_\_\_\_

11.7- Se teve algum problema, continua a beber apesar de saber que a bebida era a causa desse problema?

- 0- Não
- ☒ 1- Sim

11.8- Alguma vez se sentiu mau ou culpado por causa de beber?

- 0- Não
- ☒ 1- Sim

11.9- Alguma vez a primeira coisa que fez de manhã foi beber para acalmar os nervos ou libertar-se da ressaca?

- ☒ 0- Não
- 1- Sim

11.10- Já houve períodos na sua vida em que precisou de beber para fazer o seu trabalho?

- ☒ 0- Não
- 1- Sim

11.11- Bebeu alguma vez tanto que no dia seguinte não se lembrava do que tinha dito ou feito?

- 0- Não
- ☒ 1- Sim



11.12- Tentou frequentemente deixar de beber ou diminuir o consumo de bebidas?

0- Não  
1- Sim

11.13- Alguma vez tentou deixar de beber ou diminuir o consumo de bebidas e achou que não era capaz?

0- Não  
1- Sim

11.14- Frequentemente conseguiu a beber depois de Ter prometido a si mesmo que não o faria ou frequentemente bebeu mais do que tencionava?

0- Não  
1- Sim

11.15- Alguma vez houve um período em que passou tanto tempo a beber ou a recuperar dos efeitos da bebida, que pouco tempo tinha para qualquer outra coisa?

0- Não  
1- Sim

11.16- Alguma vez precisou de beber mais para obter um efeito, ou achou que já não conseguia ficar alegre ou embriagado com a quantidade que costumava beber?

0- Não  
1- Sim

11.17- Alguma vez estabeleceu algum tipo de regras para controlar a bebida?

0- Não  
1- Sim

11.18- Frequentemente faltou ao trabalho ou não cuidou das responsabilidades domésticas por causa da bebida ou da ressaca?

0- Não  
1- Sim

11.19- Já teve algum acidente de viação por causa da bebida?

0- Não  
1- Sim

11.20- Alguma vez foi multado/ preso por conduzir embriagado?

0- Não  
1- Sim

11.21- Houve alguma atividade em que devido à bebida desistiu ou diminuiu muito actividades importantes como desporto, trabalho ou estar com parentes ou amigos?

0- Não  
1- Sim

## 12 Sintomas de Abstinência

12.1- Quando bebe ou diminui a bebida, já lhe aconteceu Ter algum dos problemas seguintes? (sublinhe os problemas que já teve)

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 1- Dificuldades em conseguir dormir | 2- Sentir-se ansioso, deprimido, irritável           |
| 3- Ter suores                       | 4- O coração bater depressa                          |
| 5- Ter náuseas ou vômito            | 6- Sentir-se fraco                                   |
| 7- Ter dores de cabeça              | 8- Tremores das mãos                                 |
| 9- Ataques ou convulsões            | 10- Ver ou ouvir coisas que na realidade não existem |

11- Outros (especifique)

*perda instantânea de visão*

## 13- Sintomas de Doença

13.1- Tem ou já teve problemas físicos ou psicológicos (sublinhe um ou mais):



1- Fígado ou icterícia	4- Faltas de memória
2- Gastrite ou vômitos	5- Formigúeiros ou parestesias
3- Melenas (sangue escuro nas fezes)	6- Pancreatite
7- outros (especifique).	

13.2- Continuou a beber sabendo que a bebida lhe causou problemas de saúde?

0- Não  
☒ 1- Sim

13.3- Alguma vez continuou a beber sabendo que tinha uma doença física grave que podia piorar por causa da bebida?

0- Não  
☒ 1- Sim

**14- Tratamentos**

14.1- Já fez algum tratamento para deixar de beber?

0- Não  
☒ 1- Sim

14.2- Quanto tempo esteve sem beber depois do tratamento (se mais do que um indique a média)? Quase um ano, mas depois voltei tudo de novo

## Anexo ii – Escala University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire (URICA)

Para todas as frases que se referem ao seu problema, pense no seu consumo de bebidas alcoólicas. E aqui, refere-se a este local ou programa de tratamento.

Existem 5 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário. Indique a resposta que melhor descreve sua opinião:

1-Discorda muito    2-Discorda    3-Indeciso  
4- Concorda    5- Concorda muito

	Discorda Total/te	Discorda	Indeciso	Concorda	Concorda Total/te
→ PC 1- No meu ponto de vista, eu não tenho nenhum problema que precisa de mudança.	1	2	3	4	5
C 2-Eu acho que posso estar pronto para alguma melhora pessoal.	1	2	3	4	5
A 3- Eu estou fazendo algo sobre meus problemas que estão me incomodando.	1	2	3	4	5
C 4-Vale a pena trabalhar o meu problema.	1	2	3	4	5
PC 5- Não sou eu quem tem o problema. Não faz muito sentido para mim estar aqui.	1	2	3	4	5
M 6- Você está preocupado em voltar a ter o problema que você pensou que já tinha resolvido? ( )Não - Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q7 ( )Sim Por isso estou aqui, para buscar ajuda.	1	2	3	4	5
A 7-Eu estou finalmente tomando providências para resolver meu problema.	1	2	3	4	5
C 8-Eu tenho pensado que posso querer mudar alguma coisa sobre eu mesmo.	1	2	3	4	5
M 9-Você tem tido sucesso em resolver seu problema? ( )Não - Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q10 ( )Sim - Mas não tenho certeza que eu posso manter este esforço sozinho?	1	2	3	4	5
A 10- Às vezes meu problema é difícil, mas estou tentando resolvê-lo.	1	2	3	4	5
PC 11-Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.	1	2	3	4	5
C 12-Eu espero que este lugar venha ajudar a me entender.	1	2	3	4	5
PC 13-Eu suponho ter defeitos, mas não há nada que eu realmente precise mudar.	1	2	3	4	5
A 14-Eu realmente estou me esforçando muito para mudar.	1	2	3	4	

		Discorda Total/te	Discorda	Indeciso	Concorda	Concorda Total/te
C	15-Eu tenho um problema e realmente acho que deveria tentar resolvê-lo.	1	2	3	4	5
M	16-Você conseguiu mudar algo em relação ao seu problema? ( )Não - Coloque a resposta Discordo Muito - Vá para Q17 ( )Sim - Mas não estou conseguindo dar continuidade como eu esperava ao que já tinha mudado e, estou aqui para prevenir uma recaída.	1	2	3	4	5
A	17-Mesmo que nem sempre eu tenha sucesso com a mudança, pelo menos estou me esforçando para resolver meu problema.	1	2	3	4	5
M	18-Eu pensei que uma vez resolvido o problema, estaria livre dele. Mas algumas vezes eu ainda percebo que estou lutando com ele.	1	2	3	4	5
C	19-Eu espero ter mais idéias de como resolver meu problema.	1	2	3	4	5
A	20- Você começou tentar resolver seu problema? ( )Não - Coloque a resposta Discordo Muito - Vá para Q21 ( )Sim - Mas gostaria de receber ajuda.	1	2	3	4	5
C	21- Talvez este lugar possa me ajudar.	1	2	3	4	5
M	22- Você fez alguma mudança em relação ao seu problema? ( )Não - Coloque a resposta Discordo Muito - Vá para Q23 ( )Sim - Mas eu posso precisar de um estímulo agora para ajudar a manter as mudanças que já fiz.	1	2	3	4	5
PC	23- É possível que eu seja parte do problema, mas não acho que eu sou.	1	2	3	4	5
C	24- Eu espero que alguém aqui possa me dar boas orientações.	1	2	3	4	5
A	25- Qualquer um pode falar sobre mudanças, mas eu estou realmente fazendo alguma coisa sobre isso.	1	2	3	4	5
PC	26- Toda essa conversa sobre psicologia é chata. Por que as pessoas não podem simplesmente esquecer seus problemas?	1	2	3	4	5
M	27- Eu estou aqui para prevenir uma recaída.	1	2	3	4	5
M	28- É frustrante, mas eu acho que posso estar tendo uma recaída.	1	2	3	4	5
PC	29- Eu tenho preocupações como todo mundo. Por que perder tempo pensando nelas?	1	2	3	4	5
A	30- Eu estou tentando ativamente resolver meu problema.	1	2	3	4	5
PC	31- Eu preferiria conviver com meus defeitos do que tentar mudá-los.	1	2	3	4	5
M	32- Depois de tudo que eu fiz para mudar meu problema, às vezes ele volta a me perseguir.					



Cada frase descreve como uma pessoa pode se sentir quando começa um tratamento ou aborda um problema na sua vida. Por favor indique o quanto você concorda ou discorda de cada frase. Em cada caso uma escolha em termos do que **você está sentindo agora e, não o que você sentiu no passado ou gostaria de sentir.**

Para todas as frases que se referem ao seu problema, pense no seu consumo de bebidas alcoólicas. E agora refere-se a este local ou programa de tratamento.

Existem 5 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário. Indique a resposta que melhor descreve a sua opinião: 1 - **Discorda muito**; 2 - **Discorda**; 3 - **Indeciso**; 4 - **Concorda**; 5 - **Concorda muito**

	Questões	Discorda muito	Discorda	Indeciso	Concorda	Concorda muito
1	No meu ponto de vista, eu não tenho nenhum problema que precisa de mudança. <b>PC</b>	1	2	3	4	5
2	Eu acho que posso estar pronto para alguma melhoria pessoal. <b>C</b>		2			
3	Eu estou fazendo algo sobre os meus problemas que estão me incomodando. <b>A</b>				4	
4	Vale a pena trabalhar o meu problema. <b>C</b>				4	
5	Não sou eu quem tem o problema. Não faz muito sentido para eu estar aqui. <b>PC</b>	2				
6	Você está preocupado em voltar a ter o problema que você pensou que já tinha resolvido? ( ) Não - Coloque a resposta Discordo muito - vá para Q7 ( ) Sim Por isso estou aqui para ajudar. <b>M</b>				4	
7	Eu estou finalmente tomando providências para resolver o meu problema. <b>A</b>				4	
8	Eu tenho pensado que posso querer mudar alguma coisa sobre eu mesmo. <b>C</b>				4	
9	Você tem tido sucesso em resolver problema? ( ) Não - Coloque a resposta				4	

	discordo muito – vá para Q17. ( ) Sim – Mas não tenho a certeza que posso manter esse esforço sozinho? <b>M</b>					
10	As vezes meu problema é difícil, mas estou tentando resolve-lo. <b>A</b>					5
11	Estar aqui é uma perda de tempo para mim porque o problema não tem nada a ver comigo. <b>PC</b>	1				
12	Eu espero que este lugar venha ajudar a me entender. <b>C</b>		2			
13	Eu suponho ter defeitos, mas não há nada que realmente precise mudar. <b>PC</b>		2			
14	Eu realmente estou-me esforçando muito para mudar. <b>A</b>				4	
15	Eu tenho um problema e realmente acho que deveria tentar resolve-lo. <b>C</b>				4	
16	Você conseguiu mudar algo em relação ao seu problema? ( ) Não – coloque a resposta Discordo muito vá para Q17. ( ) – Mas não estou conseguindo dar continuidade como eu esperava ao que já tinha mudado e, estou aqui para prevenir uma recaída. <b>M</b>				4	
17	Mesmo que nem sempre eu tenha sucesso com a mudança, pelo menos estou -me esforçando para resolver meu problema. <b>A</b>					5
18	Eu pensei que uma vez resolvido o problema, estaria livre dele. Mas algumas vezes eu ainda percebo que estou lutando com ele. <b>M</b>	1				
19	Eu espero ter mais ideias de como resolver meu problema. <b>C</b>					5

20	Você começou a tentar resolver seu problema. ( ) não – coloque a resposta Discordo Muito – vá para Q23. <b>A</b> ( ) sim – mas gostaria de receber ajuda?					5
21	Talvez este lugar possa- me ajudar. <b>C</b>				4	
22	Você fez alguma mudança em relação ao seu problema? ( ) não – coloque a resposta Discordo Muito – vá para Q23. ( ) sim – mas eu posso precisar de um estímulo agora para ajudar a manter as mudanças que já fiz. <b>M</b>				4	
23	É possível que eu seja parte do problema, mas não acho que eu sou. <b>PC</b>					
24	Eu espero que alguém aqui possa me dar boas orientações. <b>C</b>	2				
25	Qualquer um pode falar sobre mudanças, mas estou realmente fazendo alguma coisa sobre isso. <b>A</b>				4	
26	Toda esse conversa sobre psicologia é chata. Porque as pessoas não pode simplesmente esquecer seus problemas? <b>PC</b>				4	
27	Eu estou aqui para prevenir a recaída. <b>M</b>			0	4	
28	É frustrante, mas eu acho que posso estar tendo uma recaída. <b>M</b>			3		
29	Eu tenho preocupações como todo mundo. Por que perder tempo pensando nelas? <b>PC</b>	2				
30	Eu estando tentando ativamente resolver meu problema. <b>A</b>				4	
31	Eu preferia conviver com meus defeitos do que tentar muda-los. <b>PC</b>	2				
32	Depois de tudo que eu fiz para mudar meu problema, as vezes ele volta a me perseguir. <b>M</b>					6

Para todas as frases que se referem ao seu problema, pense no seu **consumo de bebidas alcoólicas**. E aqui, refere-se a este local ou programa de tratamento.

Existem 5 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário. Indique a resposta que melhor descreve sua opinião:

1-Discorda muito  
4- Concorda

2-Discorda 3-Indeciso  
5- Concorda muito

<b>Pré – Contemplação</b>	<b>Contem- Plação</b>	<b>Ação</b>	<b>Manuten- ção</b>
1- 2	2- 4	3- 4	6- 4
5- 2	4-Omissão 4	7- 4	9- Omissão 4
11- 1	8- 4	10- 5	16- 4
13- 2	12- 2	14- 4	18- 1
23- 0	15- 4	17- 5	22- 4
26- 4	19- 5	20- 5 Omissão	27- 4
29- 2	21- 4	25- 4	28- 3
31- Omissão 1	24- 1	30- 4	32- 5
<b>TOTAL:</b> 14	<b>TOTAL:</b> 28	<b>TOTAL:</b> 35	<b>TOTAL:</b> 33



## Anexo iii – Inventário Sobre as Consequências do Uso de Álcool (DRINC-2L)

**3.3) INVENTÁRIO SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DO USO DO ÁLCOOL (DrInc-2L)**

Abaixo estão relacionadas uma série de situações que as pessoas que bebem vivenciam. Ouça atentamente cada uma delas e aponte a frase que indica se alguma vez aconteceu com você .

As alternativas de resposta são SIM e NÃO.

<i>Em algum momento da sua vida isto aconteceu com você ?</i>	NÃO	SIM
1-Eu tenho tido ressaca e me sentido mal depois de beber.	0	1
2-Eu já me senti chateado comigo mesmo por causa do meu hábito de beber.	0	1
3-Eu já faltei no trabalho ou na escola por causa da bebida.	0	1
4-Minha família e/ou meus amigos tem se preocupado ou criticado meu hábito de beber.	0	1
5- Eu gosto do sabor da cerveja, vinho ou destilado.	0	1
6-A qualidade do meu trabalho tem sido prejudicada por causa do meu hábito de beber.	0	1
7-A minha capacidade de ser bom pai ou boa mãe tem sido prejudicada devido meu hábito de beber.	0	1
8-Depois de beber, eu tenho problemas para adormecer, continuar dormindo ou tenho pesadelos.	0	1
9-Eu tenho dirigido (um veículo de transporte) depois de beber três ou mais doses.	0	1
<i>Em algum momento da sua vida isto aconteceu com você ?</i>	NÃO	SIM
10- O meu hábito de beber tem levado ao uso de outras drogas.	0	1
11- Eu já fiquei doente e vomitei após ter bebido.	0	1
12- Eu tenho me sentido triste por causa do meu hábito de beber.	0	1
13- Por causa do meu hábito de beber, não tenho me alimentado adequadamente.	0	1
14-Eu tenho deixado de fazer coisas que eu deveria fazer por causa da bebida.	0	1
15-Beber já me ajudou a relaxar.	0	1
16-Tenho me sentido culpado e envergonhado por causa do meu beber.	0	1
17-Quando bebo, eu já falei e fiz coisas embaraçosas.	0	1
18-Quando bebo, minha personalidade já mudou para pior.	0	1
19- Eu tenho me arriscado de maneira perigosa quando estou bebendo.	0	1
20-Eu já me meti em encrencas quando bebo.	0	1
21-Quando bebo ou uso drogas, falo coisas duras e cruéis para as pessoas.	0	1
22-Quando bebo, tenho feito coisas por impulsividade que depois me arrependo.	0	1
23-Eu tenho entrado em brigas quando bebo (com contato físico: socos, tapas, empurrões, Tc).	0	1



24-Minha saúde física tem sido prejudicada por causa do meu hábito de beber.	0	1
25-Beber me ajuda a ter uma visão mais positiva da minha vida.	0	1
<i>Em algum momento da sua vida isto aconteceu com você ?</i>	NÃO	SIM
26-Eu tenho tido problemas financeiros por causa da bebida.	0	1
27-Meu casamento ou relacionamento amoroso tem sido prejudicado devido meu hábito de beber.	0	1
28-Eu fumo mais quando estou bebendo.	0	1
29-Minha aparência física (visual) tem sido prejudicada devido meu hábito de beber.	0	1
30-Minha família tem sido magoada devido meu hábito de beber.	0	1
31-Eu tenho amigos ou relacionamentos íntimos que foram prejudicados devido meu hábito de beber .	0	1
32- Eu tenho alterado o peso por causa do meu hábito de beber.	0	1
33-Minha vida sexual tem sido prejudicada por causa do meu hábito de beber.	0	1
34-Perdi interesses em atividades e passatempos que me davam prazer por causa da bebida.	0	1
35-Quando bebo , minha vida social fica mais divertida .	0	1
36-Minha vida moral e espiritual tem sido prejudicada devido meu hábito de beber.	0	1
37- Por causa da bebida, não tenho tido a vida que eu queria.	0	1
38-Meu hábito de beber tem prejudicado meu desenvolvimento pessoal.	0	1
39- Meu hábito de beber tem prejudicado minha vida social , minha popularidade ou reputação .	0	1
40- Eu tenho gastado ou perdido muito dinheiro por causa da bebida.	0	1
41- Eu fui preso por dirigir alcoolizado.	0	1
<i>Em algum momento da sua vida isto aconteceu com você ?</i>	NÃO	SIM
42- Eu tenho tido outros problemas com a polícia (além de dirigir embriagado) por causa da bebida.	0	1
43- Acabei um casamento ou um relacionamento amoroso devido meu hábito de beber .	0	1
44-Eu fui afastado ou despedido do trabalho ou escola devido meu hábito de beber. <i>Temporariamente</i>	0	1
45-Eu tenho consumido bebidas alcoólicas socialmente sem ter problemas.	0	1
46-Eu perdi amigo(a)s por causa da bebida.	0	1
47-Eu sofri um acidente enquanto estava intoxicado ou embriagado.	0	1
48- Quando embriagado ou intoxicado fui fisicamente ferido ou queimado.	0	1
49- Quando embriagado ou intoxicado , eu machuquei outra pessoa.	0	1
50-Eu tenho quebrado coisas quando estou sobre o efeito do álcool ou intoxicado.	0	1

## Anexo iv – The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

### 3.4) AUDIT – The Alcohol Use Disorder Identification Test

1. Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas ?
  - (0) Nenhuma
  - (1) Uma ou menos de uma vez por mês
  - (2) 2 a 4 vezes por mês
  - ☒ (3) 2 à 3 vezes por semana
  - (4) 4 ou mais vezes por semana
2. Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?
  - (0) Nenhuma
  - (1) 1 a 2
  - (2) 3 a 4
  - ☒ (3) 5 a 6
  - (4) 7 a 9
  - (5) 10 ou mais
3. Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?
  - (0) Nunca
  - ☒ (1) Menos que mensalmente
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Diariamente ou quase diariamente
4. Com que frequência durante os últimos doze meses você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado ?
  - (0) Nunca
  - (1) Menos que mensalmente
  - ☒ (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Diariamente ou quase diariamente
5. Quantas vezes durante o ano passado você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso e bebidas alcoólicas ?
  - (0) Nunca
  - ☒ (1) Menos que mensalmente
  - (2) Mensalmente
  - (3) Semanalmente
  - (4) Diariamente ou quase diariamente



## Anexo v – Stages of Change Readiness And Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)

Por favor, ouça cuidadosamente as frases abaixo. Cada uma descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu beber. Para cada questão, indique o quanto você concorda ou discorda, **neste momento da sua vida**. Por favor, indique apenas uma alternativa de resposta para cada questão.

As alternativas de resposta são:

**1-Discorda muito**

**2-Discorda**

**3-Indeciso**

**4- Concorda**

**5- Concorda muito**

	Discordo Muito	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Muito
1-Eu realmente gostaria de fazer mudanças na minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
2- As vezes eu penso se sou um alcoólatra.	1	2	3	4	5
3- Se eu não mudar logo a minha maneira de beber, meus problemas vão ficar piores.	1	2	3	4	5
4-Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação a minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
5-Estou tentando controlar a minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
6- As vezes eu penso se o meu beber está prejudicando as outras pessoas.	1	2	3	4	5
7- Eu sou uma pessoa que tem problemas com bebidas alcoólicas.	1	2	3	4	5
8-Eu não estou pensando apenas nas mudanças da minha maneira de beber. Eu já estou fazendo alguma coisa sobre isso.	1	2	3	4	5
9- Eu já mudei o meu hábito de beber e estou buscando meios para não voltar a beber como bebia antes.	1	2	3	4	5
10- Eu tenho graves problemas com a bebida.	1	2	3	4	5
11- As vezes, eu penso se tenho controle sobre a minha maneira de beber.	1	2	3	4	5
12- O meu hábito de beber está causando muitos transtornos. <i>Familiar</i>	1	2	3	4	5
13- Você parou ou diminui seu hábito de beber? ( ) Não – Coloque a resposta Discordo Muito e vá para Q14 (*) Sim - Atualmente estou fazendo coisas para diminuir ou parar o meu beber.	1	2	3	4	5
14- Antes você tinha problemas com a bebida? ( ) Não – Coloque a resposta Discordo Muito e vá para Q15 (*) Sim - Eu quero ajuda para evitar que eu volte a ter os problemas com a bebida que eu tinha antes.	1	2	3	4	5
15- Eu sei que tenho problemas com bebidas alcoólicas..	1	2	3	4	5
16- Às vezes eu acho que bebo demais.	1	2	3	4	5
17- Eu sou um alcoólatra.	1	2	3	4	5
18- Eu estou me esforçando muito para mudar o meu hábito de beber.	1	2	3	4	5
19- Você fez mudanças no seu hábito de beber? ( ) Não – Coloque a resposta Discordo Muito e vá para DRINC (*) Sim – Eu quero alguma ajuda para não voltar a beber como antes.	1	2	3	4	5

- nada de  
saber

**Anexo VI - Short-Form Alcohol Dependence Data (SADD)**

As seguintes perguntas dizem respeito a uma série de fatores relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas. Por favor, ouça atentamente cada pergunta e responda as questões tendo em vista a época em que você estava bebendo.

Responda cada pergunta com a resposta que lhe parecer mais apropriada. As respostas são: **Nunca; Poucas vezes; Muitas vezes; Sempre**. Se você tiver alguma dificuldade, peça ajuda.

Por favor, procure responder a todas as perguntas.

**Usar Cartão 10**

	NUNCA	POUCAS VEZES	MUITAS VEZES	SEMPRE
1-Você acha difícil tirar o pensamento de beber da cabeça?	0	1	(2)	3
2-Acontece de você deixar de comer por causa da bebida?	0	(1)	2	3
3-Você planeja seu dia em função da bebida?	(0)	1	(2)	3
4-Você bebe em qualquer horário (manhã, tarde e/ou noite)?	0	1	(2)	3
5-Na ausência da sua bebida favorita você bebe qualquer uma?	0	1	2	(3)
6-Acontece de você beber sem levar em conta os compromissos que tenha depois?	0	1	(2)	3
7-Você acha que o quanto você bebe chega a prejudicá-lo?	0	(1)	2	3
8-No momento em que você começa beber, é difícil parar?	0	1	(2)	3
9- Você tenta se controlar (tenta deixar de beber)?	0	1	(2)	3
10-Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você precisa beber para se sentir melhor ?	0	1	(2)	3
11-Você acorda com tremores nas mãos, na manhã seguinte a uma noite em que tenha bebido muito?	0	1	(2)	3
12-Depois de ter bebido muito, você levanta com náuseas ou vômitos?	0	1	(2)	3
13-Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você levanta não querendo ver ninguém na sua frente?	0	(1)	2	3
14-Depois de ter bebido muito, você vê coisas que mais tarde percebe que eram imaginação sua?	0	(1)	2	3
15-Você esquece do que aconteceu enquanto esteve bebendo?	0	1	(2)	3
<b>ESCORE TOTAL</b>				

**Grau de Dependência :** (1) Leve = 0 à 9      (2) Moderada = 10 à 19      (3) Grave = acima de 20